FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1918-1919 2e Série N° 101

HOMICIDES

ET

ACTES VIOLENTS SUR AUTRUI

DANS LA MÉLANCOLIE

Conditions du passage à l'acte

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 18 Octobre 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

BOIVIN Gaston-Henri

Né le 24 Septembre 1887, au Mans (Sarthe)

Interne des Asiles

Examinateurs de la Thèse :

MM.	P. PARISOT	professeur. .	*Président.*
	HAUSHALTER	professeur. .	*Juges.*
	RICHON	agrégé	*Juges.*
	PARIS	chargé de cours .	*Juges.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1918-1919 **2e Série** **N° 101**

HOMICIDES

ET

ACTES VIOLENTS SUR AUTRUI

DANS LA MÉLANCOLIE

Conditions du passage à l'acte

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 18 Octobre 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

BOIVIN Gaston-Henri

Né le 24 Septembre 1887, au Mans (Sarthe)

Interne des Asiles

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Examinateurs de la Thèse :

MM. P. PARISOT	professeur. .	*Président.*
HAUSHALTER	professeur. .	*Juges.*
RICHON	agrégé	*Juges.*
PARIS	chargé de cours .	*Juges.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. E. MEYER, ✻, I ⓘ.
Assesseur : M. WEISS, O ✻, I ⓘ.
Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✻, I ⓘ.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, ✻, I ⓘ; NICOLAS, ✻, I ⓘ; PRENANT, ✻, I ⓘ; F. GROSS, O ✻, I ⓘ; CHRÉTIEN, I ⓘ.

Professeurs : MM.

Clinique chirurgicale	WEISS, O ✻, I ⓘ.
Chimie médicale et toxicologie	GARNIER, I ⓘ.
Clinique obstétricale et Accouchements	A. HERRGOTT, ✻, I ⓘ.
Hygiène	MACÉ, I ⓘ.
Physiologie	E. MEYER, ✻, I ⓘ.
Clinique médicale	SIMON, I ⓘ.
Histoire naturelle médicale	VUILLEMIN, I ⓘ.
Clinique ophtalmologique	ROHMER, I ⓘ.
Médecine légale	P. PARISOT, ✻, I ⓘ.
Clinique des maladies des enfants	HAUSHALTER, ✻, I ⓘ.
Histologie	BOUIN, ✻, I ⓘ.
Anatomie descriptive	ANCEL, I ⓘ.
Anatomie pathologique	HOCHE, ✻, I ⓘ.
Clinique médicale	ETIENNE, I ⓘ.
Clinique chirurgicale	VAUTRIN, ✻, I ⓘ.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	L. SPILLMANN, ✻, I ⓘ
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FRŒLICH, ✻, I ⓘ.
Physique médicale	N.

Chargés de Cours complémentaires : MM.

Clinique d'oto-rhino-laryngologie	JACQUES, ✻, I ⓘ, agrégé libre.
Clinique des voies urinaires	ANDRÉ, ✻, I ⓘ, agrégé.
Médecine opératoire	MICHEL, I ⓘ, agrégé.
Clinique chirurgicale élémentaire (1)	MICHEL, I ⓘ, agrégé.
Clinique des maladies mentales	PARIS, I ⓘ.
Clinique des maladies des vieillards	RICHON, ✻, I ⓘ, agrégé.
Pathologie interne	RICHON, ✻, I ⓘ, agrégé.
Accouchements	FRUHINSHOLZ, ✻, I ⓘ, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	PERRIN, I ⓘ, agrégé.
Thérapeutique	PERRIN, I ⓘ, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	J. PARISOT, ✻, I ⓘ, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale	J. PARISOT, ✻, I ⓘ, agrégé.
Pathologie externe	G. GROSS, ✻, I ⓘ, agrégé.
Clinique médicale élémentaire (1)	N.
Clinique d'électrothérapie	N.

Agrégés en exercice

MM. ANDRÉ, ✻, I ⓘ.
MICHEL, I ⓘ.
LAMBERT, I ⓘ.
RICHON, ✻, I ⓘ.
G. GROSS, ✻, I ⓘ.
FRUHINSHOLZ, ✻, I ⓘ
MM. COLLIN, I ⓘ.
SENCERT, ✻, I ⓘ.
ROBERT, I ⓘ.
BUSQUET, I ⓘ.
LUCIEN, ✻, I ⓘ.
MM. BINET, I ⓘ.
PERRIN, I ⓘ.
THIRY, ✻, I ⓘ.
FAIRISE, A ⓘ.
J. PARISOT, ✻, A ⓘ.

Agrégés libres

MM. REMY, A ⓘ, FÉVRIER, G O ✻, I ⓘ, JACQUES, ✻, I ⓘ,

M. H. COIFFARD, I ⓘ, Secrétaire.
M. LAMBERT DES CILLEULS, ✻, ⚓, I ⓘ, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A LA MÉMOIRE

de tous mes Amis et Camarades morts au Champ d'honneur

A MON PÈRE, A MA MÈRE

En bien faible témoignage de reconnaissance des sacrifices qu'ils se sont imposés pour me permettre de terminer mes études.

A MA FEMME

Je dédie ce modeste travail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. LALANNE

MÉDECIN-CHEF DES ASILES DE MARÉVILLE ET DE SAINTE-ANNE

En témoignage d'extrême reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il m'a constamment dirigé et qui a inspiré la direction générale de cette thèse.

MEIS ET AMICIS

AUX ANCIENS DU G.B.D. 59 ET DES 217e ET 232e RÉG. D'INF.

A TOUS MES CAMARADES DE CAPTIVITÉ

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE PARISOT

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MÉDECIN-CHEF DE L'HOSPICE SAINT-JULIEN
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

qui m'a fait le grand honneur de vouloir bien accepter la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PARIS

MÉDECIN EN CHEF A L'ASILE D'ALIÉNÉS DE MARÉVILLE
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHARGÉ DE COURS A LA FACULTÉ

dont l'accueil fut si constamment bienveillant à mon égard et dont les travaux et les conseils m'ont permis de mener à bien ce travail.

A MES JUGES

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE NANCY

A MES MAITRES DE POITIERS

A MES MAITRES DE PARIS

INTRODUCTION

L'idée d'étudier les *conditions du passage à l'acte* des idées d'homicide et des actes violents sur autrui dans toutes les variétés cliniques de la Mélancolie vraie nous est venue de la lecture d'un travail de Monsieur le Docteur Alexandre Paris, Médecin en chef à l'Asile d'Aliénés de Maréville, sur « le passage à l'acte dans l'obsession impulsive au suicide et en général dans toute obsession impulsive. Pronostic du danger et indications thérapeutiques ».

Avant cette publication l'étude n'en a pas été abordée et depuis lors, à notre connaissance, n'a suggéré aucun travail.

Le psychisme habituel des Mélancoliques évolue avec des troubles des fonctions organiques et une altération de l'état général.

Il nous a paru intéressant de rechercher si, au stade évolutif d'idées de suicide et d'homicide, *le passage à l'acte criminel ne pouvait pas être déterminé par des troubles physiques ou moraux de nouvel apport*, aggra-

vant ainsi l'état de fatigue cérébrale, déjà traduit au cours de cette maladie par du ralentissement psychique plus ou moins accentué.

Nous avons divisé notre travail en quatre chapitres. Le premier traite de la psychologie du passage à l'acte dans la Mélancolie.

Dans le second nous présentons dix observations cliniques suivies de remarques.

Le troisième est consacré à quelques considérations sur l'intérêt médico-légal de notre étude.

Dans le quatrième nous indiquons quelques notions prophylactiques et quelques indications thérapeutiques de la fatigue cérébrale.

Enfin nous fixons les conclusions, qui, logiquement se dégagent de notre travail.

CHAPITRE I

PSYCHOLOGIE
du passage à l'acte dans la Mélancolie

Des troubles de l'état physique et des troubles fréquemment associés de l'état moral créent l'état mélancolique, car : « Les phénomènes de conscience ont pour « condition le fonctionnement régulier et normal du « système nerveux et spécialement du cerveau. Tout « affaiblissement physiologique retentit sur l'activité « cérébrale et entraîne une altération de la vie consciente.....

« Le sentiment prête une couleur aux objets et exerce « une influence sur toutes les sensations et toutes les « représentations. C'est ainsi que les mêmes choses et « les mêmes événements nous apparaissent très différents suivant nos diverses humeurs. Si nous sommes « tristes, nous trouvons dans les choses les plus indifférentes des causes de chagrin, la vie nous paraît mauvaise, l'avenir sombre » (1).

(1) Psychologie de Mme Roy et P. Malappert 1917, p. 12 et 100.

L'existence de ce trouble de l'état psychique va entraîner à son tour des troubles physiologiques, qui lui sont propres, et qui ont été bien étudiés par différents auteurs : Régis, Roubinovitch et Toulouse, Séglas etc. Ce sont des troubles de circulation, de respiration, de motricité, de digestion, de sécrétion.

Mais un *nouvel appoint d'affaiblissement physique* résultera de nouveaux facteurs : lutte contre les idées obsédantes, intensité de la douleur morale, tentative d'explication de cet état affectif, violence du délire, insomnie consécutive et refus d'alimentation, conséquence des idées ou d'indignité ou de persécution ou de suicide.

Le psychisme du sujet, qui, jusqu'ici a pu résister aux assauts répétés des causes de débilitation, *va fléchir*. la fatigue célébrale se manifestera plus vivement.

Sur le fonds intellectuel du mélancolique, déjà caractérisé par de la difficulté de la compréhension et de l'assimilation des idées, par de la pauvreté même de ces idées, symptômes auquels se joignent la diminution et l'épuisement rapide de l'attention volontaire. Elle va ajouter :

1° *Des symptômes de débilitation intellectuelle avec un degré plus ou moins accusé de confusion des idées et des images.*

2° *Des signes d'affaissement plus profond de la volonté et surtout de la volonté d'arrêt.*

3° *Une recrudescence des troubles de l'affectivité*, dont l'intensité accrue va exagérer l'altération du fonctionnement des facultés de l'intelligence, donnant ainsi les

conditions les plus favorables des réactions de faiblesse irritable.

Le passage à l'acte de suicide ou d'homicide pourra désormais s'effectuer et son *mécanisme psychologique* nous semble pouvoir être ainsi conçu.

Tout d'abord le malade est assiégé (et souvent depuis longtemps) par un sentiment de tristesse indéfinissable, d'inquiétude constante, par des idées obsédantes de crainte pour son avenir et celui des siens, ou encore, si l'évolution de la maladie est plus avancée, par des idées délirantes diverses de ruine, de culpabilité, etc.

La faculté de raisonnement du malade, mise au service de la lutte contre les idées obsédantes ou délirantes (si le sujet peut encore les juger morbides, et inacceptables), mise au service de son délire exclusivement (lorsque ce délire est accepté sans opposition) lui permettra ou de rejeter ses idées pathologiques, ou de les associer, en les groupant en de multiples combinaisons.

Ainsi le malade *cherchera et finira par concevoir un moyen de défense* que son découragement et son sentiment d'impuissance, transformant l'instinct de conservation, orienteront vers les idées de suicide ou par manque de courage à se donner lui-même la mort, par altruisme dominant, par idées religieuses ou autres vers les idées d'homicides.

Il organise alors en pensée la mise en scène d'exécution. Tout ce travail psychique est ordonné, logique par rapport au délire ; il n'est anormal que parce qu'il a pour base des conceptions morbides. Il crée des états de conscience vifs, intenses, répétés jusqu'à l'obsession.

Ces états ainsi fortement présentés à l'esprit forment une chaîne indissoluble, solide, qui a pour caractère de s'y représenter toute entière, dès qu'un de ses éléments constitutifs y réapparaît.

A cette phase de raisonnement s'associent des poussées d'angoisse et d'anxiété, entraînant de *l'insomnie* ou des *rêves pénibles sinon terrifiants. L'insuffisance de l'alimentation* journalière est particulièrement fréquente, qu'elle soit liée à un état gastro-intestinal, à des idées délirantes ou à des idées de suicide. La *lutte contre le délire épuise*; « On se fait difficilement une « idée de la violence de la lutte intérieure, qui s'établit « dans ces esprits malades entre l'idée fixe et la raison ». (1).

Toutes ces causes latentes ou aiguës de dépression physique, auxquelles peuvent se joindre des causes morales, vont *exagérer la fatigue cérébrale*, pour une durée plus ou moins passagère, selon l'intensité de l'affaiblissement ainsi provoqué.

Dès lors le *pouvoir d'arrêt de la volonté*, cette capacité de se retenir d'agir, de ne pas céder à la sollicitation psychique, sera annihilé, ne réfrénera plus la tendance à l'acte d'exécution.

Le déclenchement de l'acte pourra être favorisé par une circonstance occasionnelle (vue d'un couteau, passage près d'une rivière, discussion familiale, etc.) par un paroxysme d'anxiété, par une hallucination psychique de confirmation du délire, ou psycho-motrice verbale d'ordre impératif, hallucinations, qui peuvent être

---

(1) A. Tardieu. — Etude médico-légale de la folie. Paris 1872.

à la fois manifestation de l'imprégnation à la conscience des idées délirantes obsédantes et quelque peu au moins résultante de causes liées à la fatigue cérébrale, à de la misère physiologique, ce qui expliquerait leur durée parfois éphémère.

Le déclenchement pourra encore (et ceci nous paraît d'ordre assez fréquent) se passer de circonstance occasionnelle de détermination et n'être que le développement automatique des idées de délibération à la décision, car « toute représentation d'un mouvement est le « commencement de son exécution » (1).

Cet automatisme déclenché sera fonction de la reviviscence, accrue à l'esprit, de la chaîne des états de conscience nés et développés à la période de recherche des moyens d'exécution. *L'acte peut ainsi reproduire toute la perfection de la délibération.* Le passage à l'acte de suicide ou d'homicide n'a été retardé que par un reliquat de volonté d'arrêt.

Ainsi donc nous répudions au délirant mélancolique toute possibilité d'accomplissement *d'acte librement consenti* au moment de l'exécution, lorsqu'est survenue la fatigue cérébrale. Et, en ce qui concerne l'homicide chez le Mélancolique, nous partageons pleinement l'opinion de Séglas sur le suicide : « Le suicide, quand « il n'est pas le résultat d'une impulsion, nécessite une « détermination bien difficile à exécuter dans l'état « d'aboulie générale où sont plongés les mélancoliques « conscients.

« Cette remarque pourrait d'ailleurs être étendue aux

---

(1) Mme Roy et P. Malappert. — Ouvrage déjà cité.

« mélancoliques en général. Alors que tous ou presque « tous manifestent des idées de suicide, souvent très « développées, le nombre est relativement rare de ceux « qui arrivent à mettre un terme à leur existence.

« C'est à tort, à mon avis, qu'on insiste souvent sur « l'adresse, la réflexion, l'énergie, la ténacité que les « mélancoliques déploiraient dans leurs tentatives de « suicide. Sans nier que cela ait parfois pu se produire, je « crois qu'il faut admettre alors l'existence de circons- « tances tout à fait particulières et exceptionnelles, car « une pareille résolution, une énergie semblable ne « cadrent guère avec ce que nous savons de l'état de « volonté dans la Mélancolie.

« Sans doute, la plupart des mélancoliques ruminent « très longtemps leurs projets de suicide, inventent « toutes sortes de plans. Mais ils en remettent l'exécution « de jour en jour, et ce luxe de combinaisons ne fait, « en réalité, que cacher un manque absolu de décision « et d'initiative, inhérent à leur condition même de « mélancoliques.

« Ils souhaitent bien mourir pour échapper à leurs « misères, mais leurs aspirations restent ordinairement « platoniques; ils sont incapables de déployer l'énergie « nécessaire, de faire un effort sérieux pour se tuer. De « leur propre aveu, il faudrait que la mort leur arrivât « toute seule et souvent ils vous demandent de la leur « donner.

« Ce manque d'énergie nous explique pourquoi, la « plupart du temps leurs tentatives sont ridicules ou « inachevées, rarement dangereuses.

« Lorsqu'elles aboutissent et il ne faut pas oublier

« que, malheureusement, cela peut encore arriver, ce « n'est que lorsqu'elles se produisent inopinément, sous « le coup d'un raptus anxieux, de terreurs panophobi- « ques, par le fait d'une impulsion subite. Et là encore, « elles gardent ainsi l'empreinte de la faiblesse de la « volonté » (1).

Nous donnons simplement au terme d'impulsion subite de Séglas, la signification d'automatisme provoqué par des états de conscience préexistant à l'esprit avant l'apparition de la fatigue cérébrale et dont le contenu est fait de la conception plus ou moins mûrie des modes d'exécution.

Ce que nous savons des conditions de ce passage à l'acte nous fournit une *explication plausible de l'infinie variété des modalités de l'acte lui-même*, qui dépendra du caractère du sujet, de ses tendances et aussi de la cause déterminante de son état mélancolique.

En effet, pour chaque individu le fond héréditaire physique et mental, le mode d'éducation, le milieu social, l'état habituel de santé donnent au caractère *une empreinte spécifique*, selon que prédomine le développement ou de la sensibilité, ou de l'intelligence ou de la volonté.

Les uns seront des sensitifs, d'autres seront des intellectuels, les autres des apathiques ou des actifs.

De plus sur ce fonds de caractère se développent à des degrés différents des tendances religieuses ou sociales avec conjointement une valeur morale de ton variable.

---

(1) J. Séglas. — Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. Paris 1875.

Il y a lieu enfin de tenir compte des circonstances qui ont provoqué la naissance de la Mélancolie; c'est une douleur morale : la perte d'un être cher; c'est une cause matérielle : une perte d'argent; ce sont des troubles organiques : la ménopause par exemple.

Tous ces facteurs, dégénérescence héréditaire plus ou moins accentuée, état du caractère, causes occasionnelles, vont *imprimer au délire une direction particulière* par prédominance de certaines idées délirantes. De là viendront les formes cliniques de la Mélancolie : Mélancolie simple à fonds de scrupules religieux ; Mélancolie hypocondriaque ; Mélancolie délirante à délire d'autoaccusation, à idées de ruine, à délire mystique, à délire de persécution.

Voici donc de multiples considérations (nous n'avons fait que les ébaucher) qui nous expliquent que chaque malade *va forger la chaîne de ses états de conscience de délibération au suicide ou à l'homicide*, avec des éléments de nature infiniment variable. L'acte d'exécution ne pourra forcément offrir qu'une modalité d'une extrême diversité.

Il peut arriver que cette *phase de délibération soit écourtée* par l'intensité même de la Mélancolie ou même *soit réduite à néant* selon le stade d'évolution.

Dans le paroxysme anxieux, la douleur morale suraiguë éteint l'activité cérébrale; l'idée dominante de tuer ou de se tuer peut être seule à l'esprit sans pouvoir y entraîner le chaînon d'états de conscience délibératifs, s'ils ont existé.

« L'angoisse est le seul motif de l'acte, et l'idée se pro-

« duit seulement pendant que l'acte s'accomplit. Elle « l'accompagne et ne le détermine pas...

« Ces actes ont tous pour caractère un début impul- « sif, une exécution brusque et une violence irréfléchie ; « ils se produisent comme des réflexes » (1).

Chez l'halluciné la délibération peut-être confirmée par le trouble sensoriel ou n'exister qu'à l'état d'ébauche. L'acte est dans ce dernier cas instantané, brutal, irréfléchi.

Enfin le mélancolique peut tuer pour obéir à des voix impératives : « Il faut que tu tues tes enfants; Dieu t'ordonne de sacrifier les tiens » (2), comme dans la Mélancolie anxieuse à forme mystique.

Dans l'un et l'autre cas l'hallucination est le produit des idées mélancoliques déjà anciennes, elle est stade évolutif de leur imprégnation à la conscience. Elle traduit une volonté plus désagrégée ou manquant de points d'appui et elle est le signe d'accentuation de la fatigue cérébrale.

En somme le *mécanisme du passage à l'acte est identique pour toutes les variétés cliniques de la Mélancolie vraie*. Pour le déclencher il faut aux troubles physiologiques constants dans cette psychose, un appoint surajouté de troubles physiques et d'altérations de l'état général et comme terme final de l'affaiblissement du jugement, de la diminution de la puissance de raisonnement et de l'affaissement de la volonté.

Les causes profondes en seront : recrudescence de l'état

(1) Schüle. — Traité des maladies mentales, p. 23.

(2) Roussy. — Les Mélancoliques homicides. Th. de Bordeaux 1908.

affectif, douleur morale, anxiété; épuisement résultant de la lutte quelquefois longue contre le délire; angoisse avec palpitations, céphalée persistante, pertes utérines abondantes et répétées, surmenage physique ; facteurs émotionnels, crainte de maternité, etc.

Les causes déterminantes seront toujours l'insuffisance de l'alimentation et par-dessus tout *l'insomnie*, qui ne permet pas au malade le moindre repos réparateur. La fatigue cérébrale en est la conséquence fatale avec ses symptômes ; *Obnubilation intellectuelle, confusion à un degré variable des idées ou des souvenirs « faiblesse irritable, grandes et sincères crises de désespoir »* (1).

Et s'il nous fallait une confirmation de cette opinion, nous la trouverions dans les faits suivants.

Il arrive que l'acte est plus ou moins complet, selon que des incidents imprévus (cris des enfants, intervention des voisins) en ont arrêté le cours, comme est arrêté souvent l'impulsion du confus mental primitif par un appel impératif.

D'autres fois dérangée dans ses prévisions dès le début de l'acte (arrivée importune d'un passant), la malade renonce à son exécution et la remet à un autre moment et souvent sine die.

Dans ces cas *il faut une nouvelle période de fatigue cérébrale* ou bien il faut que *cette même période de fatigue cérébrale se prolonge*, pour que le crime ou l'acte violent sur autrui soit renouvelé.

---

(1) Docteur Paris. — Revue médicale de l'Est. Février 1905.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS suivies de remarques

OBSERVATION I

(extraite d'un rapport médico-légal de M. le Docteur R. Lalanne)

Mélancolie simple

N. M..., femme M..., 35 ans, cultivatrice, entrée le 23 juin 1918, à l'Asile d'Aliénés de Maréville.

Antécédents héréditaires. — Grand-père et grand'mère du côté maternel, suicide à deux (pas de certitude). Père alcoolique.

Antécédents collatéraux. — Petit cousin du côté paternel, mort jeune, avait le « cerveau détraqué » avec des idées mystiques.

Antécédents personnels. — Pas de maladies graves, ni de troubles mentaux avant 1918. De conduite excellente, travailleuse, pas d'excès de boisson, mais caractère renfermé, peu communicatif, susceptible. Mère de 3 enfants, qu'elle aimait beaucoup.

Début de la maladie. — Dès le commencement de 1918, nervosisme marqué, qui s'accentue par la suite, à tel point que le mari, au cours d'une permission du front (14 au 24 mars),

remarque le changement survenu chez sa femme en même temps que quelques propos étranges, au sujet d'une lettre anonyme qu'elle avait reçue, un an auparavant, et dans laquelle on les accusait de se tromper mutuellement. « Elle s'est plainte, dit son mari, de ne plus rien oser faire de crainte que cela ne soit interprété avec malveillance et elle demandait si on n'avait pas tenu des propos malveillants à son sujet, si on n'avait rien écrit contre elle. . Elle me paraissait encore plus renfermée et plus susceptible que d'habitude ».

Evolution de la maladie. — Le 31 mars 1918, règles retardées, manifeste ses angoisses et ses appréhensions : « Je souffre, je croyais qu'il me faudrait tomber par terre. Suzanne m'a dit : T'es toute blanche ! C'est que l'époque de mes règles était fixée à l'époque qui s'écoule... Pour moi le mal, le travail et le souci, écrit-elle à son mari ».

Depuis le 24 mars, son beau-père la trouve « rêveuse ». Sa Sa conversation n'a pas de suite. Frappé par son air drôle, le beau-père lui demande si elle n'est pas souffrante. Elle répond que non et ajoute : « les gendarmes viendront bientôt me chercher » et refuse toute autre explication.

Le 6 avril 1918, réapparition de l'écoulement menstruel. Ce même jour, meurtre de ses deux plus jeunes enfants, tentative de meurtre sur l'aînée, et tentative de suicide consécutive. Elle ne cherche pas à éviter la responsabilité de ses crimes.

« C'est moi, dit-elle, qui ai coupé la gorge à mes trois enfants. « Les deux plus jeunes, qui sont morts, se trouvaient dans la « chambre du rez-de-chaussée. J'ai commencé par eux ; j'ai « tranché ensuite la gorge de ma fille aînée Suzanne, qui était « couchée avec moi au premier étage, puis j'ai essayé moi- « même de me donner la mort en me tranchant la gorge. C'est « cette nuit, vers minuit environ, que j'ai commis cette acte. Je « me suis servie pour cela d'un grand couteau de cuisine. J'ai « toute ma raison et depuis quelque temps déjà, je méditais de « me détruire avec mes enfants. Si j'ai agi ainsi, c'est que mon « mari, qui est venu en permission, il y a une quinzaine de « jours, ne s'est pas montré convenable à mon égard. En arri-

« vant, il m'a embrassée en quelque sorte machinalement, sans « me serrer la main, comme il le faisait d'habitude et il n'a pas « embrassé les enfants. Comme je lui en faisais l'observation, « il m'a dit : « Je veux attendre pour voir s'ils me reconnais- « sent ». J'ai déduit de son attitude et d'autres propos qu'il a « tenus, qu'on avait dû lui parler contre moi et qu'il me soup- « çonnait de l'avoir trompé, en particulier avec ceux qui étaient « venus faire la fenaison. Je dois dire je que suis très susceptible « ou tout moins très sensible aux affronts qui me sont faits et « depuis le départ de mon mari, je n'ai pas pu oublier son « attitude, si bien que je ne dors pour ainsi dire plus depuis « ce moment.

« Si j'ai voulu tuer mes enfants en même temps que moi, « c'était pour les garder avec moi. C'était trop dur pour moi de « les laisser. Je ne voulais pas qu'ils restent à mon mari. Je « sais bien que ce sont les siens comme les miens, mais les « enfants ne sont tout de même pas pour un père ce qu'ils sont « pour une mère. D'autre part, je savais que si je disparaissais, « mes enfants reviendraient à mon beau-père et je craignais « que ma belle-sœur ne soit pas comme elle aurait dû à leur « égard, car elle ne se montre pas très gentille pour eux. Je « regrette bien maintenant d'avoir donné la mort à mes deux « petits enfants et je suis contente que l'aînée ne soit pas morte « de ses blessures. J'aimais bien mes enfants. Hier soir, avant « de commettre mon acte criminel, j'ai brûlé toutes mes cor- « respondances dans le fourneau de la chambre où couchaient « mes deux petits enfants. Il y avait toutes les lettres que « j'avais reçues de mon mari et que j'avais conservées jusque- « là ; il y avait également les lettres que je lui avais adressées « et qu'il me rapportait lorsqu'il venait en permission. Je ne « voulais pas que ces lettres restent après que j'aurais disparu ».

Le docteur K... fut frappé par sa quiétude et sa tranquillité parfaites au lendemain du crime, son attitude résignée, attendant la mort ou les gendarmes. Ce médecin note encore que, jusqu'au 1er mai, les réponses de la malade sont hâtives et diffuses, pour devenir claires et faciles après le 1er mai.

Examen à l'Asile le 3 juin 1918. — Taille et corpulence moyenne. Pas de signes physiques de dégénérescence. Normalement constituée. Pas de troubles sensitifs, moteurs ou viscéraux.

Etat de dépression mentale avec torpeur, abattement, représentations pénibles, attitude concentrée et douloureuse.

Manque d'activité et de spontanéité. Apparemment indifférente, peu communicative, parfois réticente, ne s'anime que difficilement, même quand on lui parle des actes criminels dont elle s'est rendue coupable. Air résigné et découragé.

Sensibilité douloureuse et concentrée sans délire apparent. Pas d'hallucinations. Pas d'affaiblissement des facultés intellectuelles.

Mélancolie manifestement en voie de régression.

Remarques. — Cette observation nous donne les renseignements suivants : hérédité tout au moins toxique (alcoolisme du père) ; psychisme habituel de prédisposition, la malade est d'un caractère renfermé, peu communicatif, très sensible.

Le début de l'état mélancolique remonte au moins à trois mois avant le crime et il n'est pas illogique de penser que son début véritable remonte à un an, à la réception de la lettre anonyme.

La période manifestement aiguë est issue de discussions familiales et déclenchée par un retard de la menstruation entraînant de vives préoccupations (possibilité de grossesse). La recrudescence de l'état affectif entraîne une insomnie de quinze jours, avec idées obsessives (la malade ne peut oublier l'attitude de son mari). La période de délibération dure quinze jours. L'altruisme dominant conduit à l'idée d'homi-

cide. La décision à l'acte n'est pas apparente, la délibération seule est manifeste.

L'acte d'exécution a lieu au cours de la nuit, moment propice aux paroxysmes anxieux.

Le délire a été accepté sans opposition décélable ; il n'y a pas de lutte entre la raison et l'idée fixe, la période de délibération est de courte durée.

L'hypoesthésie affective a facilité l'action « la rendant semblable à un acte commis de sang-froid ». (Docteur R. Lalanne).

Mais il n'y a pas une apparence manifeste de réflexion dans le processus d'exécution. Sa conception en semble peu logique. La malade, en effet, couche au premier étage auprès de sa fille aînée ; elle commence ses meurtres par ses deux enfants couchés au rez-de-chaussée, elle risque de réveiller son aînée, d'attirer son attention par le bruit fait à l'étage au-dessous et de ne pouvoir pas ainsi achever son infanticide.

Il y a eu donc, dans l'acte d'exécution, un certain état confusionnel, signalé, du reste, avant l'acte par le beau-père, disant qu'il trouve depuis quinze jours sa belle-fille « rêveuse » et que « sa conversation n'a pas de suite ». Cet état d'obnubilation s'est maintenu 24 jours environ après le crime, période pendant laquelle les réponses de la malade sont hâtives et diffuses. Ce ne sera que le 1er mai qu'elles redeviennent claires et faciles.

L'examen pratiqué à l'Asile deux mois après l'acte homicide indique un état mélancolique en voie de régression.

En somme, sur un fonds psychique de prédisposi-

tion, sur un état de dépression mélancolique durant plus de trois mois, des discussions pénibles avec son mari pendant dix jours, des préoccupations obsédantes de grossesse possible, un état adjuvant de nervosité accrue par l'apparition de règles le jour même du crime, ont fourni un appoint à d'autres causes déterminantes de fatigue cérébrale ; une insomnie constante de quinze jours et fort plausiblement une alimentation déficiente.

Les conditions de passage à l'acte sont bien indiquées par l'état de fatigue cérébrale qui a précédé l'acte homicide.

OBSERVATION II

(extraite d'une observation dûe à l'obligeance de M. le Docteur Paris)

Mélancolie post-neurasthénie

H. M..., femme A..., 30 ans, ménagère, entrée à l'Asile de Maréville le 14 août 1908.

Antécédents héréditaires. — Père mort âgé, asthmatique. Mère, décédée subitement.

Pas d'antécédents collatéraux.

Antécédents personnels. — Mariée depuis douze ans : a trois enfants bien portants, âgés respectivement de 9, 6 et 2 ans ; a eu deux fausses couches, un enfant mort-né et un second enfant mort à 3 mois de bronchite.

Début de la maladie — 8 mois avant l'admission à l'Asile.

Causes déterminantes : Perte de sa mère, alors que la malade finissait seulement de sevrer son dernier enfant, qu'elle avait nourri au sein pendant quatorze mois.

Evolution de la maladie. — Trois mois avant son entrée la malade fut en traitement à l'Hôpital civil de Nancy, dans le service

de M. le Professeur Bernheim pour neurasthénie. Elle y retournait tous les huit jours en consultation. Quelque temps avant le crime, elle avait résolu d'en finir avec la vie et toutes les conversations, qu'elle entretenait avec ses voisines, traitaient toujours de ce sujet.

Le 14 août 1908, elle manifeste à son mari le désir de rester au lit avec ses trois enfants. Dès le départ de ce dernier, elle écrit une lettre restée inachevée dans laquelle elle manifestait son intention de suicide. Puis elle calfeutre les ouvertures de sa chambre, allume un réchaud à charbon et s'étend près de ses enfants. Le plus âgé, sentant venir la suffocation, voulut se lever et ouvrir une issue. La mère, s'armant d'un bol, en frappa l'enfant avec violence à la tête, lui faisant deux fortes blessures. L'enfant put tout de même ouvrir la fenêtre et appeler au secours Une voisine accourue fut prise à partie par la malade, qui lui arracha une partie de son chignon.

Examen à l'Asile, le 14 août 1908. — Malade de constitution affaiblie. Anorexie, état saburral. Constipation opiniâtre.

Préoccupations hypocondriaques, se plaint d'avoir la « tête vide », d'entendre des sons de cloches, de ressentir des secousses dans la tête et dans tout le corps. « Elle ne peut plus s'occuper, dit-elle, elle n'a plus de courage ». Elle a fait ce suicide combiné pour échapper à ses maux et en préserver ses enfants.

Degré assez accusé d'obnubilation intellectuelle avec diminution de la mémoire, confusion des idées (elle ignore sa date de naissance et l'âge de ses enfants).

Emotivité exagérée avec dépression mélancolique accentuée.

Calme depuis son entrée avec moments de divagation à caractère de délire onirique.

Elle n'est pas sous l'influeuce d'une idée fixe de suicide. Elle déclare qu'elle n'a pas cherché à se suicider et qu'elle n'a pas eu l'intention de faire mourir ses enfants avec elle.

Le 28 août 1908, moins confuse, se rend compte de sa situation, regrette l'acte commis, manifeste des sentiments affectifs. Encore quelques préoccupations hypocondriaques et des accès de dé-

pression. Nuits calmes. Alimentation bonne. Santé physique améliorée.

Le 18 septembre 1908 l'amélioration s'accentue.

Le 10 octobre 1908 la malade sort guérie.

Remarques. — Voici dans cette observation une malade sans hérédité, qui a eu cinq enfants, deux fausses couches en douze ans de mariage et qui n'est âgée que de trente ans. Il est plausible de penser que sa santé a pu en être altérée.

La mort de sa mère suivant de près le sevrage de son dernier enfant a déterminé chez elle des manifestations neurasthéniques, qui se sont aggravées trois mois avant le crime, puisqu'elle fut obligée de se faire traiter dans le service de M. le Professeur Bernheim à Nancy. Il ne semble pas y avoir eu d'amélioration bien notable dans son état, car tous les huit jours elle se représentait aux consultations de la clinique et que, d'autre part, elle manifestait depuis quelque temps, dans toutes ses conversations, l'idée d'en finir avec l'existence.

La malade consciente de son état maladif (elle se faisait soigner) a donc lutté contre ses idées délirantes. C'est ce qui explique la longue durée pleine d'indécisions de la phase précédant l'acte meurtrier. Il est permis même de supposer qu'il n'y eut pas décision à l'acte ; le lendemain du crime, en effet, la malade n'avait pas d'idée fixe de suicide et déplorait l'acte commis.

Examinée, le jour même du crime, par des médecins spécialistes, elle fut trouvée en état d'obnubilation intellectuelle avec dysmnésie et confusion des idées

(elle ignorait sa date de naissance et l'âge de ses enfants).

De plus, à l'entrée, son état physique était altéré : état saburral, anorexie, constipation opiniâtre. Ce trouble gastro-intestinal de nature subaiguë existait certainement depuis quelque temps au moins ; il fut la cause probable de l'état d'obnubilation constaté le soir de l'attentat sur ses enfants.

A l'asile, elle eut des moments de divagation à caractère de délire onirique ; il est donc admissible de penser que le crime fut exécuté dans un accès de même nature, comme semblerait le prouver le fait de laisser une lettre inachevée, et de commettre un acte de violence, bien indépendant de son délire mélancolique, en arrachant le chignon d'une voisine accourue aux cris de l'enfant.

L'état confusionnel, noté à l'entrée de la malade à l'Asile, a persisté pendant quatorze jours.

En résumé, chez notre malade, l'état obsessif dû aux préoccupations hypocondriaques a évolué durant huit mois chez un sujet à constitution affaiblie. Il a été aggravé par des troubles gastro-intestinaux, qui, associés à des troubles du sommeil (fort probables, parce que si constants dans les obsessions), ont déterminé de la fatigue cérébrale à forme confusionnelle. Le passage à l'acte ne lui est que consécutif ; il a donc été conditionné par elle.

OBSERVATION III

(résumée d'un rapport médico-légal de M. le Docteur R. Lal·nne)

Etat mélancolique chez une Déséquilibrée constitutionnelle

M. M..., fille de ferme, 36 ans, entrée à l'Asile de Maréville, le 19 mai 1918.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'une maladie de nerfs « après avoir souffert le martyr pendant trois ans ».

Antécédents collatéraux. — Tante du côté maternel, folle (on s'amusait d'elle, elle ne faisait pas de bêtises, mais buvait et disputait tout le monde).

Antécédents personnels. — Toujours considérée comme anormale, déséquilibrée. Le maire déclare que dans sa jeunesse, elle s'est jetée à l'eau plusieurs fois.

Vers 18 ans, elle a été traitée pendant six mois à l'Asile St-Ylie, (Jura) « C'était déjà, dit la malade, de l'ennui, du chagrin, c'était déjà du surmenage, car nous avions des ouvriers et tout un train de culture. En outre, je devais déjà me marier dans ce temps-là et cela ne s'est pas fait ».

Début et évolution de la maladie. — A 31 ans « s'étant laissée gagner par un domestique » elle eut un enfant le 21 août 1912. Elle reste près de son père, parce qu'on n'a pas voulu qu'elle se marie; elle s'occupe du ménage, affectionne beaucoup son enfant. « Bien des fois cependant, dit le père de la malade, elle m'avait menacé de se détruire et de détruire son enfant ».

A 36 ans, vers le 5 ou 6 avril 1918, quelques jours avant le crime, elle jette son enfant à la rivière et l'aide à se retirer. Puis peu après elle tente de lui ouvrir la gorge sans y parvenir. Elle dit à ce moment au maire de V..., « qu'elle avait voulu faire un ange et qu'elle avait çà dans la tête depuis longtemps ».

Sur avis de M. le Dr R..., on lui retire son enfant le 10 avril 1918, mais dès le lendemain matin, elle vient le chercher, on le lui donne sans difficultés. A peine rentrée chez elle, elle lui fend le crâne avec une serpe, la tête de l'enfant portait également plusieurs blessures. Son forfait accompli, elle va trouver un

homme, qui travaillait dans son jardin, et lui déclare tranquillement : « Cette fois-ci, cà y est, il est saigné ».

Conduite au violon municipal, elle fit venir son vieux père pour obtenir « son pardon avant de mourir ». Elle se mit à genoux et se montra tellement égarée, qu'elle demanda quel était le bras droit de son père, dont elle s'empara pour faire le signe de la croix. Comme on lui demandait, si elle n'était pas enceinte, sans hésitation, sans la moindre retenne, elle releva ses vêtements pour faire constater qu'elle avait ses règles.

Du reste, à chaque période menstruelle, elle se montrait anormale et très surexcitée.

Interrogée sur le motif de son crime, elle répondit qu'elle ne voulait pas que son enfant soit malheureux, parce qu'elle savait que, dans sa famille, on parlait de la faire interner à nouveau. Comme le maire lui faisait remarquer que son enfant ne risquait pas d'être malheureux, elle répondit en se frottant le front « que voulez-vous, c'est là ».

Examen à l'Asile le 19 mai 1918. — Normalement constituée. Pas de malformations, ni signes physiques notables de dégénérescence. Aménorrhée. Pas d'altération fonctionnelle du système nerveux. Désarroi profond au point de vue mental. Instable et d'une sensiblerie exagérée confinant à l'anxiété; elle s'appesantit longuement sur sa lamentable existence habituelle et sur tous ses déboires et toutes ses misères de plus en plus insurmontables. Son anesthésie morale et affective est des plus manifeste.

Elle expose ainsi la genèse de ses préoccupations et de ses obsessions morbides : « Dans le mois de janvier 1918, j'ai eu un refroidissement et le sang m'est monté au cerveau; je ne mangeais plus et je suis devenue faible; le cœur me levait sur la nourriture. En même temps je me surmenais; mon père a 78 ans et il se levait à midi; il ne me donnait guère de courage et j'avais tout le mal. Insensiblement, je me suis dit que j'allais devenir comme maman et que mon père aussi resterait dans son lit. Qu'allions-nous devenir? Petit à petit, comme j'avais la tête faible, l'idée m'est venue qu'il fallait que le petit meure pour ne

pas être miséreux et malheureux comme moi, car je n'ai pas eu un moment de bonheur dans ma vie. Et je me suis dit : « Il faut que je le sacrifie ». Il m'en a coûté. Une première fois, je l'ai jeté à la rivière et je l'ai fait ensuite retirer.

Le matin du crime, lorsque je le ramenais, décidée à le tuer sur le champ, il était si content de revenir avec moi qu'il me disait : « Je t'apporte de la mousse et tu me feras un petit nid d'oiseau » le pauvre enfant ! C'est une force plus forte que moi, qui m'a fait faire le coup, comme si on m'avait dit : « Il faut que tu fasses çà. « J'y pensais depuis un mois, pas tous les jours, mais quand je souffrais par trop; çà m'étouffait et çà me montait au cerveau. J'avais beau prendre du bromure et porter des médailles électriques, c'était mon tempérament nerveux, qui reprenait le dessus ».

Depuis l'entrée à Maréville l'état mélancolique est allé en s'aggravant avec alternatives de stupeur et d'anxiété avec mutisme ou logorrhée incohérente, insomnie et raptus impulsifs avec tendances au suicide et même avec des tentatives déjouées par la vigilance du personnel. Elle a refusé pendant plusieurs semaines toute nourriture et à dû être alimentée à la sonde.

Etat général peu satisfaisant avec insuffisance hépatique.

En août 1918, les symptômes aiguës commençent à s'atténuer.

Remarques. — Voici une malade manifestement débile constitutionnelle, à hérédité chargée. Elle paraît avoir été, de par sa constitution même de déséquilibrée. portée à la tristesse, au découragement et à voir la vie sous un jour sombre. Sa condition sociale l'obligeant à lutter pour son existence a favorisé cette tendance à la Mélancolie constitutionnelle. Comme le dit la malade elle-même, son existence n'a été faite que de déboires et de misères de toute sorte.

A 18 ans un mariage manqué, du surmenage physique déclenchent en elle un premier accès de mélancolie,

qui dure six mois. Nous ne savons pas si à ce moment-là, elle a eu des idées de suicide et si elle a fait des tentatives.

En tout cas elle vit pendant douze ans après sa sortie de l'Asile sans traverser de période dépressive, qui puisse être notée par sa famille ou son entourage. Elle ne paraît pas avoir eu d'impulsions décélables.

A 31 ans, elle est fille-mère et le mariage avec le père de son enfant lui est refusé. Pendant les six années qui suivent, elle semble avoir vécu avec un certain dégoût de la vie, qui, à l'occasion de recrudescences, se manifestait bien des fois, dit son père, par des menaces de se détruire et de détruire son enfant.

Cette tendance impulsive sur un état dépressif était combattu avec efficacité par la raison, puisqu'il n'y eut aucun essai d'exécution.

Mais en janvier 1918, des causes physiques débilitantes surgissent. La malade a eu un refroidissement, elle ne mange plus, le cœur lui lève sur la nourriture, elle s'affaiblit. Malgré tout elle se surmène pour diriger son ménage et ce d'autant plus que son père âgé de 78 ans est une lourde charge. Auprès de cet homme âgé, elle ne trouve aucun réconfort moral. Son état de dépression mélancolique fait de rapides progrès ; le dégoût et la peur de la vie s'accentuent. Insensiblement l'avenir l'épouvante. Petit à petit l'idée de l'homicide se grave dans son esprit ; elle se sent la « tête faible » ; elle pense à son crime pendant un mois, mais elle lutte contre ses idées obsédantes, elle prend du bromure. Néanmoins quand elle souffre trop, « une force plus forte qu'elle la pousse » et un jour le 10 avril 1918, la malade voit sa

crainte de l'avenir prendre tournure de réalité, elle sait qu'on parle dans sa famille de la faire interner à nouveau. De plus l'apparition de ses règles exaspère sa nervosité ; une force semble lui dire « Il faut que tu fasses çà ». Elle accomplit alors son crime sans hésitation et en éprouve une véritable satisfaction l'acte terminé.

Quel est son état psychique à ce moment ? Le jour même du crime, elle est tellement égarée, qu'elle ne sait plus quel est le bras droit de son père, dont elle veut se servir pour faire le signe de la croix ; sans pudeur aucune, elle relève ses jupes devant son entourage pour montrer, qu'ayant ses règles elle ne peut pas être enceinte. A la douleur morale, qui exagère son impulsivité, il y a associé un éclat d'obnubilation intellectuelle.

Pendant le mois suivant, cet état ne subit aucune amélioration. La malade est envoyée à l'Asile, où elle arrive en état de stupeur, alternant avec des crises d'anxiété avec mutisme ou logorrhée incohérente. Elle ne dort pas, est nourrie à la sonde, et elle a de nouveau des raptus impulsifs avec tendances au suicide et même des tentatives, qui ne sont avortées que par la surveillance constante exercée sur elle.

Son état général est peu satisfaisant, elle a de l'insuffisance hépatique.

En résumé chez une débile constitutionnelle, dont la tendance à l'impulsivité est par conséquent symtôme de son fonds mental, le passage à l'acte ne se fait qu'après l'arrivée de la fatigue cérébrale, déterminée par un affaiblissement physique, dont les causes adjuvantes et déterminantes sont : mariage manqué, longue durée de

la lutte contre les idées délirantes plus ou moins obsédantes, manque de soutien moral, alimentation défectueuse, surmenage physique, insomnie et période menstruelle.

Le passage à l'acte a pour élément fondamental la fatigue cérébrale et pour cause déterminante un état paroxystique de crainte alimenté par la certitude d'un nouvel internement dans un Asile d'Aliénés.

Il traduit si bien l'état d'aboulie et l'insuffisance de jugement du sujet que son premier passage à l'acte n'aboutit qu'à une tentative de submersion de son enfant, la malade prend immédiatement toute mesure pour le retirer de l'eau ; la seconde tentative hésitante reste incomplète. L'état de lutte entre la volonté et l'idée délirante persiste jusque dans l'acte.

Ce n'est qu'au troisième passage l'acte, la fatigue cérébrale s'étant accentée, que la résistance à la sollicitation psychique est totalement vaincue. L'acte est alors sauvage, violent et répété, car, en plus de l'ouverture du crâne, la petite victime portait à la tête plusieurs blessures.

OBSERVATION IV

(de M. le Docteur Paris)

Mélancolie anxieuse, délire religieux en voie d'organisation

H. E..., journalier, marié, 40 ans, entré à l'Asile de Maréville le 14 janvier 1908.

Antécédents héréditaires. — Père, une crise de délire alcoolique d'une durée de deux mois.

Antécédents collatéraux. — Un oncle maternel a eu une atteinte de mélancolie.

Antécédents personnels. — Marié en 1900, a une fille qui est en excellente santé.

Début de la maladie. — Cinq mois avant l'admission, brusquement, le 7 août 1907, à la suite d'ennuis occasionnés par un procès et à la suite d'une légère insolation.

Des cauchemars en sont les premières manifestations avec état de peur au réveil. Le malade violente les personnes qui veulent l'empêcher de fuir.

Evolution de la maladie. — Ce délire onirique dure ainsi quelques jours. Puis le calme revient, mais il persiste dans l'esprit du malade la croyance que tout le monde lui en veut, parce qu'il a dû mal agir, mal faire, etc.

Ainsi naît un état de scrupules plutôt qu'idées de culpabilité, simple tendance à l'idée de culpabilité, qui s'est affirmée par la suite.

Deux tentatives de suicide, l'une par immersion, l'autre par pendaison. Il s'accuse de n'avoir pas payé des marchandises, dont il s'est servi et demande un châtiment. Il se dit indigne de vivre. Il s'accuse d'avoir persécuté les prêtres ; il sera damné, parce qu'il n'a pas suivi régulièrement sa religion.

Hallucinations psychiques : il entend les voix de sa conscience qui lui reprochent ses mauvaises actions.

Préoccupations hypocondriaques et même quelques idées de persécution.

Refus d'alimentation et insomnie avec cauchemars et parfois très confus.

Plusieurs mois après son admission à Maréville, le malade a des raptus suscités par obstacle à ses désirs découlant du délire.

Animosité contre le médecin, qui ne lui procure pas des livres de prières. Menaces à caractère impulsif, quitte plusieurs fois son lit pour se livrer à des voies de fait sur le médecin. Retenu par le personnel infirmier, il ne peut les mettre à exécution.

Remarques. — Notre malade a une tare héréditaire assez marquée. Le début de son état pathologique est occasionné par des ennuis d'ordre moral et par un état physique dépressif issu d'une légère insolation.

Nous ne retenons pas les voies de fait du début de la maladie ; ils sont nettement de réaction purement confusionnelle.

L'état mélancolique ne se développe que consécutivement, par préoccupations fixées par des idées post-oniriques.

Les hallucinations psychiques sont la marque de l'état obsessif des idées délirantes de culpabilité et d'expiation, ainsi que des scrupules religieux.

La longue durée et la continuité du délire entraînent de l'insomnie avec cauchemars et du refus d'alimentation. La conséquence en est un état confusionnel intermittent, au cours duquel le malade cherche à frapper le médecin traitant.

Il y a donc bien fatigue cérébrale et par suite diminution des points d'appui de la volonté. L'obstacle apporté aux désirs découlant du délire entraîne sur ce fonds psychique un état d'impulsivité et le malade en arrive à des actes contrastant avec ses idées religieuses.

Donc, ici encore, nous retrouvons des causes manifestes de fatigue cérébrale avant le passage à l'acte.

OBSERVATION V

(de M. le Docteur Paris)

Mélancolie à idées de ruine

G..., manœuvre, marié, 57 ans, entré à l'Asile de Maréville le 20 juin 1910.

Antécédents héréditaires. — Père, décédé de pneumonie, était original (se cachait des jours entiers).

Antécédents collatéraux. — Une sœur s'est suicidée par section des vaisseaux des poignets et immersion. Une autre sœur est décédée de méningite à 48 ans. Un frère a eu des convulsions.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure. Pas d'excès alcooliques. A eu d'une première femme huit enfants morts en naissant, mais d'une seconde femme huit enfants vivants.

Début de la maladie. — Le 5 octobre 1909, brusquement, par crainte de la maladie et de la misère.

Le malade accuse de la céphalalgie, des nausées. Il était depuis quelque temps hyperchlorhydrique.

Il voit sa famille dans la misère, ruinée, ses enfants sans pain, sans paille pour se coucher. On va l'arrêter pour crimes qu'il n'a pas commis et dont on l'a forcé de s'accuser « par des machines parlantes ». On lui jette de la poudre pour l'endormir.

Evolution de la maladie. — Parfois réactions ; excitation, cris, tendance à fuir.

Chaque jour, pendant dix minutes environ, se produisent des paroxysmes. Il travaille cependant encore.

En janvier 1910, les idées de suicide s'affirment nettement. Le malade a de l'insomnie. Il parle souvent de se pendre au bois.

Dès la fin de janvier apparaissent des idées d'homicide. Une nuit, sa femme dormant, il lui serre le cou, voulant, dit-il, la sauver de la misère, de la ruine et du déshonneur.

Il manifeste pour les mêmes raisons l'intention de tuer ses enfants.

A la fin de mai 1910, le malade plus préoccupé, cesse complètement de travailler. Il ne s'alimente presque plus. Ses tendances au suicide à plusieurs s'accusent notamment le 20 juin.

A la suite d'une tentative de suicide par pendaison, il est placé à Maréville. Là, il se montre habituellement déprimé, anxieux. Il désire mourir, refuse les aliments, dort peu.

Remarques. — Voici un malade de 57 ans à très lourde hérédité. La crainte de la maladie et de la misère, associée à des troubles physiques préexistants d'hyperchlorhydrie, détermine l'état mélancolique.

Le délire à idées de ruine est prédominant. Son évolution est relativement rapide. Le délire intense n'est pas combattu.

Les idées de suicide et d'homicide sont de rapide venue et leur apparition coexiste avec des troubles du sommeil.

La tentative d'homicide se fait au milieu de la nuit, très probablement au cours d'un état paroxystique, de douleur morale, ou de craintes plus vives pour lui et les siens, exaspérées par « les machines parlantes ». L'acte d'exécution est inachevé.

Quatre mois plus tard, le malade plus préoccupé, ne s'alimente presque plus. Ses idées de suicide à plusieurs reprennent de l'intensité.

Vingt jours après, il fait une tentative de suicide et examiné le jour même à Maréville, il est trouvé déprimé, anxieux, refusant tout aliment, dormant peu.

Le commencement de passage à l'acte survient près de deux mois après le début d'un état délirant accentué, entrecoupé de paroxysmes quotidiens de douleur morale.

L'influence de la fatigue cérébrale est suffisamment indiquée, car les idées obsédantes de ruine sont parmi les idées délirantes mélancoliques, celles qui sont les plus particulièrement pénibles, les plus déprimantes par conséquent. Elles entraînent habituellement des

privations et de l'insomnie, causes de détermination d'un état de fatigue cérébrale ainsi exagéré.

Ainsi, dans cette observation encore, sont retrouvées les conditions habituelles du passage à l'acte.

OBSERVATION VI

extraite d'un rapport médico-légal de M. le Docteur Biante et due à l'obligeance de M. le Docteur Aubry

Mélancolie à idées de ruine

H. P..., maçon, marié, 55 ans, entré à l'Asile de Nantes le 3 septembre 1887.

Antécédents héréditaires. — Un oncle et une cousine aliénés.

Antécédents personnels. — Habituellement de caractère sobre et régulier dans sa manière de vivre.

Le 24 juillet 1876, premier internement. H. P., était déjà malade depuis trois mois. Le début fut sans cause apparente. Le malade est triste, se croit perdu, ruiné, veut se noyer et refuse de s'alimenter; taciturne, ne répond pas aux questions qui lui sont posées ou marmotte quelques mots peu compréhensibles.

En août 1876, il ne dénote aucun souvenir de ce qui s'est passé, sa figure est impassible, il hésite, il est timide, il pleure.

Le 19 septembre 1876, rentre chez lui légèrement amélioré; il refuse de travailler et de sortir pour qu'on ne rie pas de sa pauvreté, il ne s'alimente pas, s'excite parfois et se met à casser et à frapper.

Le 2 mars 1877, deuxième internement. On note anxiété, idées de culpabilité (il est coupable de grandes fautes), idées de châtiment (il a mérité la prison).

Le 28 octobre 1877, il sort par retrait, calme, mais encore mélancolique. Son état a dû s'améliorer, puisqu'il a pu vivre correctement au dehors pendant près de 10 ans.

Maladie actuelle. — En janvier 1887, sans cause appréciable, il

retombe dans son délire lypémaniaque. Les maladies de sa vigne vont causer sa ruine, il mourra de faim, etc.....

On craint qu'il n'attente à ses jours, il s'excite et frappe quand on lui prodigue des consolations et qu'on cherche à le désabuser.

Le 30 mars 1887, troisième internement. Le malade présente de la tristesse, de l'hypocondrie (il dit avoir perdu ses forces) idées de ruine, inactivité, gémissements.

Le 4 août 1887, sort amélioré, les plaintes sont moins vives et le facies a repris de l'expression.

Huit jours après, l'ancien délire reparaît très intense. Le malade incrimine sa femme et son fils leur reprochant de le ruiner par leurs dépenses. (Son jeune fils, rentré à la maison depuis peu, ne travaillait pas, sa venue va augmenter les dépenses, aggraver les charges, qui précipiteront la ruine imaginaire).

Le malade se lamente toute la journée et présente les mêmes symptômes d'aliénation que lors des autres placements.

Le 2 septembre 1887, descendu au cellier avec sa femme, il se saisit d'une barre de fer et il l'aurait sans doute frappée, si elle ne l'avait pas aperçu ainsi armé.

Le 3 septembre, il quitte à cinq heures du matin la chambre de sa femme, rentre dans celle de son fils, constate qu'il dort, va dans le magasin, prend un marteau de maçon, revient près de son fils et lui en assène deux ou trois coups sur la tempe.

L'enfant pousse un cri, la mère accourt Le malade avait laissé tomber le marteau et restait immobile au lieu où il était quand il avait frappé.

Aux gendarmes il dit : « Emmenez-moi, je mérite la mort, j'ai tué mon fils ». Le crâne avait été fracturé, l'enfant est mort.

Quatrième internement, le jour même du crime.

Examen à l'Asile. — Les questions faites au malade attirent difficilement une réponse. Il répète les questions posées et dit souvent : « Il faut me dénoncer, j'ai commis un crime, j'ai tué mon jeune garçon, je mérite la mort ».

Sa figure est impassible, sans expression, les yeux sont baissés et atones. Il ne semble penser que sur ce qui fait l'objet de son délire mélancolique. Pas d'hallucinations.

L'observation de chaque jour amène les mêmes constatations. Le malade n'a aucune réaction de remords. Au récit de son crime, il se contente de répéter : « Mon fils est mort, je mérite la mort ». Il se dit malheureux, misérable, ruiné, incapable de gagner sa vie, n'ayant plus aucune force. « Il mérite la mort, puisqu'il a tué et il a tué pour mériter la mort, il voulait bien frapper sa femme, mais il n'a pas pu et il a enfin choisi son fils, parce qu'il ne pouvait pas en tuer d'autre ».

Pas d'idées vraies de persécution, pas d'ennemis. Le délire est ce qu'il a toujours été à base d'idées de ruine avec hypocondrie et dépression mélancolique.

A l'Asile il est calme, timide, craintif, recherche la solitude, se nourrit bien et dort.

C'est un homme fort, robuste, dans un état de faiblesse et de dépérissement sans affection organique ou diathésique causale.

Remarques. — Voici un cas de mélancolie à idées de ruine dominantes chez un malade possédant une certaine hérédité vésanique.

A 44 ans, sans cause apparente, il eut un premier accès, qui dura un minimum de dix-huit mois.

Dix ans après le même délire réapparaît, peut-être à l'occasion d'une maladie de sa vigne. Le délire, fait d'idées de ruine avec idées de culpabilité, de châtiments, est accepté d'emblée. Le malade s'irrite et frappe lorsqu'on discute ses idées délirantes et on les discute à diverses reprises. La douleur morale est aiguë. Le malade s'alimente mal. En sept mois d'internement il n'y a qu'une légère amélioration de son état.

La sortie est prématurée, si bien que huit jours après, les idées morbides reprennent une très grande activité. Cette rechute est peut-être provoquée par l'idée que son jeune fils sans travail et de retour à la maison, va

accroître les charges de famille. Le malade se lamente continuellement, se nourrit mal et passe brusquement à l'acte homicide par tentative sur sa femme, et par meurtre sur son fils le lendemain à cinq heures du matin.

Le crime est la conséquence d'idées de suicide indirect. Il tue pour mériter la mort, qu'il recherche. La préméditation est nette et fut de courte durée.

Examiné le jour même du crime, le malade est trouvé dans un état de faiblesse et de dépérissement que n'explique aucune affection organique ou diathésique. Il a de l'obnubilation intellectuelle ; il répond difficilement aux questions posées, il répète ces mêmes questions avec réponse retardée ou inexistante ; il demande qu'on le dénonce comme auteur du crime de son fils, alors que le jour même il a été questionné par les gendarmes, auxquels il a fait des aveux ; sa figure est impassible, sans expression, les yeux sont baissés et atones, ce qui est un contraste frappant avec la mimique angoissée des jours précédents où le malade se lamentait toute la journée ; la pensée est fixée sur les idées délirantes.

Bref, chez notre malade, il y a affaiblissement de l'état physique, dû à la longue période de préoccupations, à l'insomnie, à l'insuffisance de très longue durée de l'alimentation par suite de l'idée de ruine. Cet état a pu encore être favorisé par les discussions fréquentes avec un entourage, peut-être peu intelligent, ou ne comprenant pas bien le besoin de calme, qui serait si nécessaire au malade.

La fatigue cérébrale existe au moment du crime et pendant les jours qui suivent. Elle est donc encore dans cette observation la condition du passage à l'acte et cet

acte lui-même est la résultante de la délibération aux idées d'homicide, qui n'ont été conçues que par manque d'énergie de se donner lui-même la mort.

OBSERVATION VII

(résumée d'un rapport médico-légal de MM. les docteurs Dionis de Carrière, Fèvre, Rousseau, dû à l'obligeance de M. le docteur Aubry)

Mélancolie à idées de ruine

R. F..., cultivateur, 73 ans, entré à l'Asile d'Auxerre le 7 janvier 1882.

Antécédents collatéraux. — Sur quatre frères, l'un est mort interné, un autre s'est brûlé la cervelle. Sur deux sœurs, l'une a été hypocondriaque durant plusieurs années et a guéri.

Parmi ses cousins germains, l'un s'est pendu, l'autre s'est suicidé par immersion, un troisième s'est empoisonné.

Antécédents personnels. – Honorabilité proclamée par tout le monde. Aucun trouble mental jusqu'en 1879.

Début de la maladie. — A la suite de pertes d'argent, et de l'émotion causée par la folie de son frère, interné, puis décédé à l'Asile le 21 mars 1879.

Evolution de la maladie. — En avril 1879, le malade a des idées de ruine, il se croit réduit à la mendicité ; sa tristesse est profonde, il a de la céphalalgie, des palpitations, il dort mal et refuse de s'alimenter. Il fait quelques tentatives de suicide.

En juillet 1879, son état s'améliore sous l'influence d'un traitement approprié, mais il y a persistance d'un sentiment de tristesse avec préoccupations sinistres, craintes qu'on ne lui fasse du mal. Son ennui profond ne cède que lorsqu'il se livre à un travail fatiguant. Son état d'inquiétude s'accompagne d'irritabilité avec céphalalgie, palpitations ; il est coupé de quelques accès d'anxiété avec insomnie et refus d'aliments.

Cet état évolue avec des rémissions, mais sans retour à la lucidité parfaite. Un domestique, à son service jusqu'au 1er no-

vembre 1880, déclare qu'il avait souvent la tête égarée, et que les ordres, qu'il donnait, étaient singuliers.

Le malade se plaint de sa bru, vit en mauvaise intelligence avec elle. Il lui cherche souvent querelle, fait courir de mauvais propos sur elle, lui adresse des menaces, sans toutefois jamais se montrer agressif.

Le 20 décembre 1881, la tête plus douloureuse que d'habitude avec palpitations, « tout lui bondissant dans le cerveau », il se rend chez sa bru, frappe à sa porte. Celle-ci le traite de vieil agonant (méchant), lui intime l'ordre de s'en retourner et finit néanmoins par lui ouvrir. Il s'assied près du foyer, tandis que sa bru prépare le repas du matin et la dispute recommence aussitôt. Elle l'appelle « chameau » et lui adresse mille autres injures. R..., furieux de s'entendre insulter, saisit un morceau de bois à côté de la cheminée et lui dit : « Il faut que je te tue ». — « Tuez-moi, aurait-elle répondu, car je vous ai trop fait la misère ».

En ce moment, elle est courbée et attise le feu, il la frappe derrière la nuque avec le morceau de bois qu'il tient à la main. Malgré la violence du coup, la femme se relève, se sauve vers la porte et appelle son mari. R... l'a rejoint, la traîne vers le foyer où après une brève résistance, elle tombe la face dans les cendres et reste sans mouvement.

R... appelle son fils, en lui disant : « Ta femme est dans le feu ».

Pendant les huit jours suivants, R... reste en état d'égarement avec dysmnésie et anesthésie morale et affective. Il n'avoue pas son crime, il assiste indifférent à la douleur de sa famille. A l'enterrement de sa bru, il agit et parle comme s'il était un étranger.

Le réveil a lieu assez brusquement, mais incomplètement. Pressé de dire la vérité, il déclare sortir d'un « état d'égarement cérébral ». Bien qu'il ait gardé intact le souvenir du crime, il croyait que c'était un autre que lui, qui en était l'auteur. La mémoire revenue, il avoue : « Les injures de sa bru lui ont fait perdre la tête et c'est poussé par une fureur aveugle, qu'il l'a tuée ».

Examen à l'Asile, le 7 janvier 1882.

Profondément triste, le malade reste assis dans un coin, le tronc fléchi, la face cachée dans ses mains. Il se plaint, gémit. Ses réponses sont assez faciles à obtenir. Il ne se souvient pas avoir fait jadis des tentatives de suicide. Pas d'hallucinations. Son état physique est fait de céphalalgie, de palpitations. Il ne dort qu'une heure à peine au cours de la nuit. Il refuse toute alimentation.

Le 20 janvier 1882, il y a amélioration presque instantanée de sa santé physique. L'appétit est revenu, le sommeil est calme et réparateur ; il ne ressent plus que quelques palpitations, mais si son esprit semble plus net, ses assertions deviennent, au contraire, plus contradictoires et à quelques minutes d'intervalle, il émet les opinions les plus opposées.

Les idées de culpabilité et d'innocence de son crime coexistent dans son esprit. Petit à petit les idées de culpabilité perdent du terrain. Le malade organise un système de défense sans suite cohérente, servi par une mémoire infidèle des affimations faites les jours précédents. Il raconte une histoire d'inconnu, dont il donne un vague signalement. Cet inconnu serait entré à la ferme plusieurs fois, à des heures où le personnel est absent. Le jour du crime, il l'aurait vu fuir. Il explique ses aveux en disant : « J'étais content, quand j'entendais dire que j'étais coupable, il me semblait que c'était pour moi un honneur ».

Le 13 février 1882, sa santé physique continue à être excellente, les palpitations elles-mêmes ont complètement disparu.

Tous les doutes pour lui se dissipent et s'exprimant avec énergie, le malade se proclame hautement la victime d'une méprise de la part de la justice.

Remarques. — Cette observation nous montre un malade atteint de mélancolie à idées de ruine, développée sous l'influence d'une très lourde tare héréditaire, à la suite de pertes d'argent et sous le coup de l'émotion causée par la folie et la mort de son frère interné.

Comme causes adjuvantes de la fatigue cérébrale, il faut noter la très longue durée d'un délire, qui ne s'est pas amélioré sensiblement depuis vingt-huit mois, les fréquentes recrudescences de la douleur morale, les idées de ruine particulièrement obsédantes surtout chez un vieillard de 73 ans.

Comme causes déterminantes nous retrouvons comme toujours de très nombreuses nuits d'insomnie et des jours multipliés d'alimentation insuffisante.

L'état de fatigue cérébrale est ancien déjà. L'obnubilation intellectuelle est relatée par un domestique, qui trouve que le malade a la tête égarée et qu'il lui donne des ordres singuliers.

Le jour du crime et les huit jours suivants, elle se manifeste plus vivement par la sensation que « tout lui bondit dans le cerveau », par de l'irritabilité pathologique, que ne fait qu'accroître une discussion probablement plus acerbe que de coutume. Cette irritabilité se transforme par suite en acte impulsif d'homicide.

Cet acte n'a pas été délibéré, il ne résulte pas d'idées délirantes mélancoliques, il n'en est que la conséquence indirecte.

Il est naturel que chez ce vieillard, la tendance à l'impulsivité soit favorisée par un affaiblissement global des facultés intellectuelles évoluant conjointement au délire. Le malade est très probablement artério-scléreux assez avancé, ainsi que semblent l'indiquer les troubles de la mémoire des faits récents et les oppositions relevées dans les idées exprimées après le passage à l'acte.

Malgré cet état de déchéance organique sénile, malgré l'ancienneté d'un délire mélancolique épuisant, il n'y a

pas eu passage à l'acte avant l'apparition d'un état de fatigue cérébrale, intensifiée le jour du crime et pendant les huit jours qui suivent.

Cette observation est intéressante parce qu'elle montre que la détermination à l'acte chez un mélancolique peut être amenée par des conditions indépendantes du délire, que le crime n'a pas besoin d'être toujours prévu et plus ou moins organisé en pensée avant son exécution.

En résumé, chez notre malade, la fatigue cérébrale, conséquence évolutive du délire mélancolique et favorisée par un affaiblissement global des facultés intellectuelles, a aggravé un trouble du caractère, l'irritabilité de sénilité et l'a transformée en action violente sur autrui par impulsivité.

La fatigue cérébrale a donc eu une sorte d'autonomie, en créant l'obnubilation intellectuelle avec confusion des idées, hypoesthésie morale et affective et diminution des points d'appui de la volonté.

OBSERVATION VIII

(résumée d'une observation de M. le Docteur Paris)

Mélancolie à délire de persécution

V. R..., veuve N..., vigneronne, 58 ans, entrée à l'Asile de Maréville le 20 octobre 1904.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident. Mère décédée à 72 ans de congestion cérébrale. Pas d'antécédents mentaux chez les ascendants.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade. Mère de dix enfants, dont huit vivants en bonne santé.

Caractère très original, avare, très irritable, coléreux. Quelques accès de religiosité exagérée.

Début de la maladie. — En 1893, il y a onze ans, à la suite de la perte de son mari, mort d'accident dans une carrière, de tracas occasionnés par la revision des comptes de succession, de troubles de la ménopause, elle se croyait en butte aux insultes de ses voisins et devenait très irritable, mais elle s'occupait toujours régulièrement de ses affaires.

Evolution de la maladie. — Le 5 octobre 1904, l'état pathologique s'aggrave.

Idées diffuses de persécution; elle croit que ses voisins, ses enfants même lui veulent du mal; elle croit qu'on écrit à sa famille des lettres l'accusant.

Hallucination de l'ouïe; les personnes qu'elle rencontre l'insultent et l'accusent. On marche dans sa maison la nuit.

Interprétations délirantes. Des gens payent à boire à d'autres pour les faire causer contre elle. On porte à la poste des lettres destinées à l'accuser auprès de ses enfants.

Délire surtout centrifuge; elle se figure qu'on l'accuse d'inconduite et qu'on voudrait la faire passer « pour une femme de rien » afin de causer du préjudice à ses enfants et de leur faire perdre leurs places.

Réactions. Sous l'influence de ces croyances, la malade manifeste parfois le désir de mourir, elle se lamente, proteste bruyamment de son innocence et est portée à se montrer agressive à l'égard des personnes, qu'elle soupçonne parler mal d'elle. Il lui arrive même de frapper les personnes de son entourage, à l'aide de ce qui lui tombe sous la main : chaises, bâtons, etc.

Pas de tentatives de suicide, mais insomnie et refus d'alimentation.

Examen à l'Asile, le 20 octobre 1904.

Constitution un peu affaiblie par l'âge. Un peu de surdité.

Obnubilation intellectuelle avec affaiblissement de la mémoire (elle ignore la date de l'année, hésite à dire les mois et les jours, se croit dans le service depuis deux jours et avoir couché deux nuits à l'Asile).

Idées de suicide avec insomnie, gémissements, plaintes; elle implore Dieu et la Vierge, protestant de son innocence; elle refuse les aliments.

En 1905 les idées de persécution ne se systématisent pas. L'état mélancolique persiste avec préoccupations continuelles, primitivement au sujet des siens, mais les sentiments altruistes s'éteignent petit à petit.

Les tendances à la violence continuent à se manifester envers les personnes qu'elle suppose être ses calomniatrices.

Bientôt l'état mélancolique s'atténue avec l'affaiblissement intellectuel et les idées de suicide disparaissent.

Remarques. — Cette observation nous montre comme les précédentes qu'il faut au passage à l'acte ses conditions habituelles de fatigue cérébrale.

Voici, en effet, une malade dont le caractère original, coléreux, très irritable et avare favorise l'évolution d'une Mélancolie à délire de persécution. Les causes occasionnelles en sont : la perte de son mari, des soucis pécuniers, des troubles de la ménopause.

Pendant onze ans, elle peut vivre en société sans présenter aucune réaction dangereuse pour son entourage.

Ses manifestations pathologiques ne prennent de de l'intensité qu'avec l'affaiblissement intellectuel, causé d'abord par l'âge et aussi très certainement par la très longue durée épuisante d'idées délirantes admises sans opposition. En quinze jours, sous l'influence de l'insomnie, de l'alimentation insuffisante liées à la recrudescence de l'état affectif et du délire hallucinatoire de persécution, elle présente de l'obnubilation intellectuelle assez accentuée, puisqu'elle est presque désorientée dans le temps.

Consécutivement apparaissent les idées de suicide

en rapport avec son délire centrifuge, et son irritabilité, en rapport avec ses idées de persécution, se transforme en menaces, puis en actes de violence.

Les conditions ordinaires de passage à l'acte sont ici encore précises, l'acte est secondaire à la fatigue cérébrale.

OBSERVATION IX

(résumée d'une observation de M. le Docteur Paris)

Mélancolie à délire de persécution

J. E..., femme R..., sans profession, 37 ans, entrée à l'Asile de Maréville, le 29 mars 1902.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Pas de maladie grave antérieure. Mère de 4 enfants, l'aînée à 12 ans, la plus jeune 8 ans, tous en bonne santé.

Caractère habituel, sobre, laborieuse; tempérament nerveux.

Ménage pauvre.

Début de la maladie. — En janvier 1902, sans cause apparente par modification du caractère : surexcitation, nervosité, irritabilité, logorrhée. De plus la malade ne dort pas et s'alimente irrégulièrement.

Evolution de la maladie. — L'excitation augmente et des idées vagues de persécution apparaissent (le pharmacien, qui lui a vendu des médicaments a tenté de l'empoisonner; les voisins la calomnient). Idées de damnation « elle est damnée, sa famille est maudite ».

Le 23 mars l'agitation inquiète s'accentue et devient continuelle avec complète insomnie, refus d'alimentation, lamentations.

De jour en jour le délire mélancolique devient plus actif et les idées de suicide naissent.

Peu après elle fait une tentative de suicide combiné. Elle

tente de se jeter à la rivière avec ses enfants, par « désespoir de ne plus être capable de travailler ». L'arrivée d'un passant en empêche l'exécution.

Son désarroi psychique s'accuse les jours suivants; ses cris et vociférations sur la voie publique motivent son internement le 29 mars 1902.

Examen de l'Asile. — Malade très amaigrie. Etat gastro-intestinal aigu : θ° 38°3, pouls rapide. lèvres fuligineuses, langue saburrale, constipation.

Agitation continuelle avec lamentations : « Que je suis malheureuse ! Ah ! démon ! ». L'attention provoquée est de courte durée. Il existe un certain degré de confusion mentale. La malade n'a qu'une vague conscience de sa situation.

Le 31 mars, la température persiste; montée à 38°5 elle ne s'est pas abaissée au-dessous de 38°2 avec persistance des mêmes troubles physiques. La malade a des idées vagues de persécution; elle a la conviction qu'on a fait « quelque complot autour d'elle »; elle ne peut expliquer sa maladie que par « une intervention néfaste ».

Jusqu'au 3 avril, persistance de l'état fébrile avec insomnie et lamentations; la malade est nourrie à la sonde œsophagienne.

Le 5 avril la température tombe, la malade s'alimente seule.

Le 10 avril apparition d'hallucinations de l'ouïe : elle entend tout le monde lui faire des reproches, l'accuser d'avoir fait du mal.

Elle ne peut comprendre ces accusations. puisqu'elle passait la presque totalité de ses journées aux soins de son ménage et de ses enfants. Elle se demande si elle n'est pas le démon et si sa vie ne s'est pas dédoublée.

Le 13 avril les voix s'affirment; on la traite de « vache ». On l'accuse d'avoir volé, d'être un assassin. Ne pouvant comprendre ces injures et ces accusations. elle s'effraye et s'agite. Elle a des paroxysmes d'anxiété et d'agitation assez vive, au cours desquels elle se lamente, s'arrache les cheveux, se déchire les mains, se tord les bras.

Le 3 mai, anxiété continuelle, les hallucinations de l'ouïe sont

continues. La malade sans reconnaître le bien fondé de ces accusations auditives, a une tendance aux idées de culpabilité; elle se figure avoir mal fait, se reproche de trop dormir la nuit.

Elle ne manifeste plus aucun sentiment affectif.

Le 9 juin 1902 aux hallucinations de l'ouïe, se joignent des hallucinations du goût et de l'odorat (elle sent l'eau de Javel, elle se figure en avoir dans la bouche) les voix l'accusent de vols, meurtres et incendies.

Interprétations délirantes; toutes les personnes, qui l'entourent sont animées de sentiments malveillants à son égard. Ses lamentations sont constantes.

Remarques. — Ainsi malade sans hérédité. Le début de l'état morbide a pu être provoqué par des privations quotidiennes de longue durée; le ménage est pauvre et quatre enfants encore jeunes sont à élever.

En tout cas le début apparent remonte à trois mois avant la tentative de suicide combiné. Dès l'apparition de la maladie, il y a insomnie avec alimentation irrégulière. L'état mélancolique en est rapidement intense.

Quelques jours avant la tentative criminelle l'insomnie est complète et l'alimentation est totalement refusée. Le paroxysme anxieux s'est accentué; il est accompagné de troubles gastro-intestinaux. Peu après l'éclosion des idées de suicide, la malade fait une tentative de suicide et d'homicide. La délibération semble avoir été de bien courte durée. L'arrivée fortuite d'un passant renvoie *sine die* l'exécution.

Après cet essai d'infanticide, l'état confusionnel, qui a favorisé le passage à l'acte, fait de rapides progrès à tel point que bientôt la malade crie et vocifère sur la voie publique. On doit l'interner d'urgence.

A l'Asile l'observation montre une malade très amaigrie avec un embarras gastrique fébrile. Il est noté un certain degré de confusion mentale avec vague conscience de sa situation.

Cet état persiste huit jours pour faire place à un délire mélancolique actif avec crises d'anxiété et évolution très rapide vers les hallucinations de l'ouïe, du goût et de l'odorat avec délire de persécution sans systématisation.

Nous retrouvons donc encore avant le passage à l'acte un état de fatigue cérébrale, ici, à forme confusionnelle, avec les mêmes causes de prédisposition : longue durée, intensité du délire mélancolique avec états obsessifs, et des causes déterminantes : insomnie constante, sitiophobie absolue, état gastro-intestinal aigu.

OBSERVATION X

(recueillie au dernier instant)

Mélancolie simple

M. M..., femme L..., 44 ans, ménagère, entrée à l'Asile de Maréville le 30 août 1919.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 71 ans de bronchite. Mère décédée à 75 ans de vieillesse, étant jeune, avait eu « une maladie de tête » consécutive à une peine, et qui a été suivie de guérison après un traitement de deux mois.

Antécédents collatéraux. — Un frère mort à 35 ans de tuberculose contractée en captivité. Un second frère mort à 48 ans d'une maladie de cœur.

Antécédents personnels. — Mariée, mère de deux enfants de 17 ans et de 15 ans, tous deux en bonne santé. A eu deux enfants

mort-nés et une fausse couche de trois mois. Pas de maladie antérieure.

Début de la maladie. — A la suite de privations constantes imposées par le manque de ravitaillement (était en pays envahi) et par l'émotion violente causée par l'annonce faite par les boches que toutes les jeunes filles de quinze ans vont être arrachées à leur famille et transportées en Allemagne (mars 1918), la malade présente de l'insomnie, de l'inappétence, de l'inaptitude complète au travail.

Evolution de la maladie. — Après une accalmie légère et de courte durée, les troubles se sont aggravés avec tristesse, découragement, inertie et tendance à frapper les siens. Plusieurs fois même elle cherche à étrangler sa fille et exerce de mauvais traitements sur son autre enfant.

Le 10 janvier 1919, son mari, qui la revoit pour la première fois, remarque en elle des signes de dérangement cérébral. L'état va progressivement s'aggravant.

Le 16 juin 1919 la malade réunit du menu bois et du papier sous un tas de fagots dans son grenier, allume ce bûcher, s'assied à côté, puis prise de peur, craignant que le feu gagne l'immeuble, se sauve, appelle au secours. « J'aurais bien pu l'éteindre moi-même, dit-elle, le feu avait mal pris, mais je ne savais plus ce que je faisais, je n'avais plus du tout la tête à moi ».

Le 20 juin, elle saisit un parapluie neuf et le brise. Le même jour elle lance une assiette sur le toit, déclarant : « Les miens n'auront plus rien ».

Depuis quelque temps elle disait fréquemment: « Je suis trop malheureuse, il vaudrait mieux mourir ; vous verrez que je ferai un malheur, je tuerai mon mari ou mes enfants ».

Elle raisonnait bien par moments, mais se mettait vite à pleurer, à se lamenter, gémir et répéter qu'elle tuera quelqu'un.

Elle fut alors conduite à l'Asile d'Epinal où elle séjourna deux mois. Sur toute cette dernière période nous n'avons aucun renseignement.

Examen à l'Asile de Maréville le 30 août 1919.

Activité intellectuelle bonne ; malade orientée dans le temps

et dans l'espace, répond nettement aux questions posées. « On m'a enfermée parce que je voulais étrangler ma fille, je la battais parfois, c'était plutôt une réaction de colère, lorsqu'il me semblait qu'elle n'exécutait pas mes ordres. C'était de la faiblesse, les nerfs de la tête travaillaient toujours, je ne dormais pas, surtout dans ces moments-là, plus de deux heures par nuit.

Mais il m'est arrivé aussi par moments de vouloir tuer ma fille aînée et je la frappais dans ce but, parce que je ne voulais pas qu'elle ait tant de mal ; elle peinait trop à l'usine pour subvenir à ses besoins et aux miens, car je ne travaillais plus, je n'avais plus de courage. Je me disais que ma fille serait mieux si je l'étranglais, elle serait débarrassée de toutes ses misères. Je ne dormais plus du tout, je restais des nuits entières assise sur mon lit. Je l'ai frappée bien des fois pour m'en repentir après.

Mais dans les derniers temps, avant mon internement, je n'avais plus la tête à moi, je ne dormais plus une seule nuit, j'avais des rêves affreux, je rêvais de morts. Dans la journée, sans motifs, je cassais, je brisais n'importe quoi, je frappais mes enfants sans même avoir l'idée de leur faire du mal. Je me rendais compte de ce que je faisais, mais seulement en le faisant. Les idées me venaient comme çà. Quand j'avais pu bien dormir la nuit, je n'étais pas si énervée dans la journée et je n'avais pas envie de frapper. Je suis bien mieux maintenant que j'ai retrouvé le sommeil, je ne recommencerai plus. Je me suis trouvée mal comme cela, parce que j'étais fatiguée de la tête, j'ai perdu mon père, ma mère et deux frères pendant la guerre ».

Dépression générale encore accusée avec pleurs et lamentations. Se rend compte de sa situation. Les sentiments affectifs commencent à reparaître normaux.

Pas d'idées de persécution. N'a jamais eu d'hallucinations. A présenté une ébauche d'idées de culpabilité. « Quand je faisais quelque chose, je trouvais toujours que c'était mal fait et que c'était de ma faute, cependant ce sont les Allemands, qui sont cause de cela ; ils nous ont tout pris et nous ont fait tous les maux. C'est pourquoi je suis devenue comme je suis »....

Quelques accès d'anxiété. « C'étaient des crises, qui me prenaient; quelquefois la souffrance était atroce et malgré moi j'étais portée à avoir de vilaines idées, à tuer ma fille; je croyais la mettre ainsi à l'abri de malheurs identiques aux miens et je désirais la mort ».

Menstruation redevenue normale depuis trois mois après une suppression d'une année. « Quand je suis indisposée, j'ai plus mal aux nerfs, je dors moins bien ».

Remarques. — Notre thèse était terminée, lorsque nous avons eu la bonne fortune de recueillir cette observation.

Nous avons pu diriger l'interrogatoire de la malade d'après les données que nous venions d'acquérir. Nous avons eu la satisfaction de voir confirmer nos interprétations sur les conditions du passage à l'acte criminel dans la Mélancolie.

Notre malade est âgée de 44 ans, elle n'a pas de tare héréditaire bien marquée.

Sa maladie actuelle a été favorisée par de l'affaiblissement physique lié à une alimentation insuffisante à priori et à des traumatismes moraux dus à l'état de guerre et à la perte de son père, de sa mère et de deux frères.

Les Allemands annonçant le prochain transport en Allemagne de toutes les jeunes filles âgées de quinze ans, une émotion très vive étreint la malade à la pensée d'être séparée par la force de sa fille aînée. Constamment préoccupée par ce danger réel, frappée violemment dans son affection maternelle, elle s'attriste, mange moins, ne peut dormir que deux heures par nuit.

Pendant seize mois cet état évolue sans grande amélioration, puis le sommeil troublé par des rêves fréquents devient franchement mauvais, la dépression mélancolique s'accentue, la malade pleure, se lamente, gémit. Elle va commettre une série d'actes (et ceci est tout particulièrement intéressant) en liaison étroite avec l'intensité plus ou moins accentuée de la fatigue cérébrale, syndrôme s'équilibrant avec le degré variable de l'insomnie.

Ne dort-elle que deux heures par nuit, sa fatigue se traduit par de la faiblesse irritable : « Je battais parfois ma fille, dit-elle, c'était plutôt une réaction de colère, lorsqu'il me semblait qu'elle n'exécutait pas mes ordres. C'était de la faiblesse ».

Son sommeil est-il complètement aboli, elle passe ses nuits assise sur son lit, ses idées de tristesse, de découragement la conduisent aux idées de suicide et d'homicide.

Elle essaye d'étrangler sa fille à diverses reprises, l'acte reste toujours inachevé.

Le sommeil est-il accompagné de cauchemars, rêve-t-elle à des morts, son état confusionnel est plus marqué et ses actes sont plus désordonnés, elle brise un parapluie neuf, jette une assiette sur le toit, allume du feu dans son grenier, frappe ses enfants sans but déterminé.

A-t-elle pu passer une bonne nuit, elle n'est pas si énervée dans la journée et n'a pas envie de frapper.

A noter encore que la malade traduit typiquement son état d'obnubilation intellectuelle en disant : « Je me

suis trouvée mal comme cela, parce que j'étais fatiguée de la tête ».

Le passage à l'acte de violence peut-il être conditionné plus nettement par un état de fatigue cérébrale précédent et accompagnant l'acte ? L'influence prépondérante de l'insomnie aggravant la fatigue cérébrale est ici des plus manifeste.

CHAPITRE III

INTÉRÊT MÉDICO-LÉGAL
de la recherche des conditions du passage à l'acte dans la mélancolie

---

Tous les mélancoliques ne franchissent pas la première phase de leur état pathologique : certains ne présentent qu'une simple dépression psychique sans idées délirantes et sans hallucinations.

« Une foule de cas de mélancolie simple guérissent « facilement au milieu même de la famille, sans qu'il « soit nécessaire de recourir à un traitement actif ou à « un isolement absolu » (1).

Mais, dès qu'ils atteignent la seconde phase d'évolution de la mélancolie, les idées de suicide apparaissent.

Cette tendance au suicide est extrêmement fréquente, pour ne pas dire constante ; elle semble presque toujours être le point de départ des idées délirantes, qui conduisent aux idées d'homicide.

(1) DAGONET. — Traité des maladies mentales, Paris, 1876.

Les crimes et les actes violents sur autrui sont plutôt rares dans la mélancolie. L'obligeance de tous nos maîtres de l'Asile d'Aliénés de Maréville ne nous a permis de réunir que dix observations. C'est peu pour le nombre considérable de mélancoliques avec idées de suicide, souvent accompagnées de tentatives, qui sont entrés à l'Asile depuis de nombreuses années.

De toute sa longue carrière médicale, Monsieur le Docteur Paris n'a pu nous donner personnellement que six observations.

Il importe, cependant, de bien connaître les actes criminels du mélancolique, puisqu'ils sont absous par l'article 64 pu Code pénal, disant : « Qu'il n'y a ni crime, ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ».

Comment le crime pourra-t-il *être rapporté à un état mélancolique ?*

Il est bien évident que si le meurtre ou l'acte violent sur autrui a été commis sous l'influence d'un raptus anxieux ou d'une hallucination sensorielle ou psychique, il sera facile de le relier à une réaction mélancolique. L'attitude du sujet, sa mimique, son état nettement délirant, sa douleur morale, les renseignements fournis par son entourage auront vite fait de préciser la nature morbide de l'acte incriminé. De plus, le malade continuera son évolution de mélancolique avec de tels caractères pathologiques que la conviction du médecin expert sera absolue.

Des cas plus embarrassants peuvent se présenter, ce sont :

1) Ceux où le prévenu, *mélancolique*, a accompli son acte avec toutes les *apparences d'un geste mûrement réfléchi*, longuement préparé, minutieusement réglé dans tous ses détails, avec préméditation non douteuse ;

2) Ceux où après le crime, l'accusé est *en état de dépression mélancolique*, résultant *avec juste raison* de la crainte du châtiment mérité ;

3) Ceux où le criminel *simule un état mélancolique*, si facile, lui semble-t-il, à imiter par le mutisme, le refus apparent d'alimentation, l'inertie devant témoins, la manifestation d'idées de suicide, etc.

C'est alors qu'il importe tout spécialement de fouiller les antécédents et le passé du sujet et de rechercher par l'interrogatoire minutieusement conduit des personnes qui ont vécu à ses côtés, si depuis quelque temps le sujet manifestait des idées de tristesse, de découragement, des idées délirantes de culpabilité, d'indignité, d'auto-accusation, de ruine, de persécution non systématisée, etc., si son dégoût de la vie ne l'avait pas porté aux idées de suicide.

Mais, à notre avis, il faudra rechercher également avec beaucoup de soin *les causes adjuvantes et déterminantes de la fatigue cérébrale*, car le malade a pu laisser ignorer l'existence de ses idées morbides, même à ses plus proches parents. Ces causes sont importantes, car ce sont des *signes de certitude*, qu'il n'est pas possible au malade de cacher.

Mangeait-il ? A-t-il eu des motifs de débilitation physique ? maladies incidentes, multiples grossesses rapprochées, surmenage intellectuel ou physique, misère

physiologique, longue durée des idées obsédantes, aménorrhée, sénilité, etc.

A-t-il eu des ennuis récents d'ordre moral ? décès ou maladie d'un proche, pertes d'argent, discussions familiales, mariage manqué, crainte de grossesse, menace d'internement, etc.

Quelle a été son attitude plus spécialement les jours qui ont précédé l'acte criminel, le jour même de l'acte, avant et après le crime ? Avait-il l'air égaré ? Depuis quelques temps les ordres qu'il donnait étaient-ils singuliers ? Ses réponses sont-elles hâtives et diffuses ? Sa mimique s'est-elle modifiée ?

Dans l'acte lui-même, y a-t-il vraiment conception aussi logique que cela le semblerait à première vue ?

Enfin nous insisterons tout spécialement sur un facteur de toute première importance. *Depuis combien de temps présentait-il des troubles du sommeil ?*

La recherche de ces facteurs multiples, provocateurs de la fatigue cérébrale et des symptômes mêmes de cette fatigue, doit être faite soigneusement.

Elle *permet de rattacher avec précision l'acte criminel à un acte mélancolique*, car « si quelques simulateurs « sont très habiles, il en est très peu, qui songent à « prendre le masque de l'aliéné, avant d'avoir commis « un crime » (1).

Nous ajoutons qu'il n'en est pas qui puissent penser à ne pas manger, à ne pas dormir, à affaiblir leur état physique avant de commettre le crime projeté.

---

(1) Eveno. — L'homicide dans la mélancolie. Th. de Paris, 1905.

CHAPITRE IV

PROPHYLAXIE
du passage à l'acte au cours de la Mélancolie. Traitement de la fatigue cérébrale.

La connaissance du mécanisme psychologique du passage à l'acte dans la Mélancolie nous fournit des données de prophylaxie, car *ce n'est pas dès l'apparition des idées obsédantes d'homicide, qu'il y a danger de passage à l'acte*, mais seulement un certain temps après « alors qu'il est résulté de l'obsession d'intenses préoccupations, de la douleur morale, de l'insomnie, troubles qui amènent assez promptement la fatigue cérébrale » Paris.

Il faut donc prophylactiquement lutter contre toutes les causes de débilité physique, éviter autant que possible tout nouveau facteur émotif.

Si, malgré tout, la fatigue cérébrale survient, presque toujours par suite d'une intervention trop tardive, il ne faut pas hésiter à isoler le malade, à le surveiller d'une

façon continue, jour et nuit, car, désormais il est dangereux pour lui-même et pour autrui. Son internement est parfaitement justifié; bien plus *il est obligatoire.*

On voit donc l'intérêt primordial qu'il y a pour tout médecin à savoir reconnaître et surtout prévoir l'apparition de la fatigue cérébrale chez le Mélancolique.

Nous n'ignorons pas qu'elle naît dès le début de la psychose, mais il est un moment où *son exagération* doit mettre en éveil contre les possibilités d'actes violents. Cette recrudescence, c'est à l'aide des symptômes concomittants que nous pourrons la déceler, signes physiques et symptômes mentaux : pâleur plus prononcée; rapide amaigrissement; état saburral des voies digestives; troubles nerveux, céphalée, angoisse avec palpitations, ralentissement psychique devenu progressivement obnubilation intellectuelle et parfois état confusionnel, s'accompagnant de faiblesse irritable, de fixation du délire sur des pensées de suicide et d'homicide, précédée assez souvent de la crainte avouée à l'entourage de succomber aux idées obsédantes, apparition d'hallucinations psychiques ou sensorielles, hypoesthésie morale et affective, paroxysme de douleur morale, enfin insomnie avec inanition plus ou moins totale altérant gravement l'état physique avec volonté désagrégée.

Comment traiter cet état de fatigue cérébrale? Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire intégralement l'opinion de Monsieur le Docteur Paris : « Il importe de combattre sans retard toutes les causes de fatigue cérébrale et notamment l'insomnie. Et s'il était besoin d'une nouvelle preuve de l'influence déterminante de ce facteur adjuvant, je la trouverais dans les

effets du traitement..... ; l'alitement, une alimentation rationnelle régulière, le repos de la nuit assuré par des hypnotiques ont bientôt amené l'atténuation des obsessions impulsives et même leur disparition momentanée (je ne dis pas la guérison); le danger de passage à l'acte a été diminué et il nous reste des indications thérapeutiques susceptibles de le prévenir de nouveau en cas de retour des obsessions impulsives et d'insomnie ou de symptômes de fatigue cérébrale, c'est-à-dire d'indices de diminution probablement proche des moyens de résistance » (1).

Ce traitement de la fatigue cérébrale devra être continué par celui de la Mélancolie elle-même : combattre les troubles gastriques et toutes autres causes d'auto-intoxications; combattre la douleur morale, l'agitation inquiète par les bains chauds prolongés, par le laudanum ou le pantopon.

En hâtant ainsi la convalescence, nous éloignerons le danger de la fatigue cérébrale.

---

(1) Paris (Alexandre). — Obsession impulsive au suicide. Revue Médicale de l'Est, 1er Février 1905, p. 71.

CONCLUSIONS

I. — D'après les données de nos observations, le passage à l'acte d'homicide ou à l'acte violent sur autrui, au cours de la Mélancolie, est *conditionné par la recrudescence de la fatigue cérébrale.*

II. — Au point de vue médico-légal.

1° *L'existence constatée de la fatigue cérébrale* avant le crime peut aider à préciser le diagnostic d'état mélancolique conditionnant l'acte criminel : l'inculpé, lypémaniaque très réticent, aura pu laisser ignorer à son entourage ses idées morbides, et son acte aura été accompli avec toutes les apparences d'un geste mûrement réfléchi, habilement conçu, nettement prémédité.

2° *L'inexistence prouvée d'un état de fatigue cérébrale* avant le crime permettra de soupçonner.

a) Que la dépression mélancolique, constatée au moment de l'examen chez le prévenu, résulte à bon droit de la crainte du châtiment mérité.

b) Que l'inculpé simule un état mélancolique avec plus ou moins d'habileté.

III. — *Il est possible de prévoir* l'homicide ou l'acte violent sur autrui dans la Mélancolie et *d'en combattre le passage à l'acte* en luttant contre les causes d'affaiblissement physique, mais surtout contre *l'insomnie*, facteur dominant de l'aggravation momentanée de la fatigue cérébrale.

Vu :
Nancy, le 23 Septembre 1919.
Le Président de Thèse,
P. PARISOT.

Vu :
Nancy, le 24 Septembre 1919.
Le Doyen,
E. MEYER.

Vu et permis d'Imprimer :
Nancy, le 25 Septembre 1919.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. ADAM.
Membre de l'Institut.

BIBLIOGRAPHIE

Allaman. — Des aliénés criminels. *Thèse de Paris*, 1891.

Anceaume. — De la mélancolie. *Thèse de Paris*, 1818.

Anglade et Ballet (Gilbert). — *Traité de pathologie mentale*. Paris, 1903.

Arnaud. — Psychoses constitutionnelles.

Athanassio. — Les mélancoliques. *Archives de neurologie*, janvier, février 1899.

Aubry (Paul). — De l'homicide commis par la femme. Les libéricides. *Archives d'anthropologie criminelle*, 1891, p. 370 et 379.

Baillarger. — Recherches sur les maladies mentales, t. I.

Ball. — Leçons sur les maladies mentales. Paris, 1890.

Ballet (Gilbert). — Communication au Congrès de Blois, 1892.

Id. — Leçons de cliniques médicales, 1897.

Blanche. — Des homicides commis par les aliénés. *Thèse de Paris*, 1878.

Both (Arthur C.). — *Archives d'anthropologie criminelle*, 1887, p. 192.

Brierre de Boismont. — Observation médico-légale sur la monomanie homicide. Paris, 1826.

Brierre de Boismont. — Du suicide et de la folie suicide. Paris, 1856.

Bruant. — De la mélancolie survenant à la ménopause. *Thèse de Paris*, 1888.

Calmeil. — *Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales.* Article : Lypémanie.

Cazauvieilh. — Du suicide, de l'aliénation mentale et des crimes contre les personnes. Paris, 1840.

Cazauvieilh. — De la monomanie homicide. *Annales d'hygiène publique*, t. xvi.

Cotard. — *Archives de neurologie*, 1882.

Cullerre. — Des faux témoignages des aliénés devant la justice. Rapport au Congrès de La Rochelle, août 1893.

Dagonet. — *Traité des maladies mentales.* Paris, 1876.

Delacour, Aubrée et Lafitte. — Rapport médico-légal. *Annales médico-psychologiques*, janvier 1878, p. 43.

Delasiauve. — Du diagnostic différentiel de la lypémanie. *Annales médico-psychologiques*, 1851.

Dumas (Georges). — Etats intellectuels dans la mélancolie. *Annales médico-psychologiques*, novembre 1899.

Dupouy (R.). — Psychoses puerpuérales et processus d'auto-intoxication. *Thèse de Paris*, 1904.

Dupré. — Les auto-accusateurs au point de vue médico-légal. Rapport au Congrès de Grenoble, août 1902.

Escudié. — De la neurasthénie et de la mélancolie. *Thèse de Bordeaux*, 1908.

Esquirol. — Des maladies mentales, t. i et ii. Paris, 1838.

Eveno. — L'homicide dans la mélancolie. *Thèse de Paris*, 1905.

Falret (J. P.). — Des maladies mentales. Paris, 1864.

Falret (J.). — *Annales médico-psychologiques*, janvier 1890.

Fodéré. — Médecine légale.

Foville (Fils). — *Nouveau dictionnaire de médecine.* Article : Mélancolie, 1875.

François. — Etude sur la mélancolie anxieuse. *Thèse de Paris.* 1898.

Garnier (P.). — La folie à Paris, 1890.

Id. — *Annales médico-psychologiques*, 1891, p. 81 et 89.

Georget. — Discussion médico-légale sur la folie. Paris, 1826.

Giraud. — L'affaire Lombardi à Genève. *Annales médico-psychologiques*, mai 1887.

Granier (Camille). — La femme criminelle. Paris, 1906.
Griesinger. — Maladies mentales. Traduction Doumic, 1865.
Hauviller. — Du suicide. *Thèse de Paris*, 1899.
Janet (Pierre). — Automatisme psychologique.
Joly (Henri). — Le crime.
Id. — La France criminelle.
Kéraval. — Mélancolie aiguë. *Revue neurologique*, novembre 1900.
Krafft-Ebing. — *Traité clinique de psychiâtrie.* Traduction Laurent.
Krafft-Ebing. — Médecine légale des aliénés Traduction Rémond. Paris, 1900.
Ladame. — L'affaire Lombardi. *Archives d'anthropologie criminelle*, septembre 1886, janvier 1887.
Lange. — Les émotions. Traduction G. Dumas, 1902.
Legrand de Saulle. — La folie devant les tribunaux. Paris, 1864.
Id. — *Traité de médecine légale.* Paris, 1886.
Lombroso. — La dona déliquente. Traduction Saint-Aubin, 1896.
Magnan. — L'obsession criminelle morbide. Congrès d'anthropologie criminelle. Bruxelles, 1892
Marandon de Montyel. — Actes délictueux et criminels dans la mélancolie. *Encéphale*, 1886.
Marandon de Montyel. — Du passage à l'acte dans l'obsession impulsive au suicide. *Gazette des hôpitaux*, 15 mars 1904.
Marc. — De la folie. Paris, 1840.
Marie. — De la folie des femmes enceintes. Paris, 1858.
Masselon. — La mélancolie.
Maudsley. — Le crime et la folie.
Morel. — *Traité des maladies mentales.* Paris, 1860.
Nacke. — Crime et folie chez la femme. *Revue neurologique*, 1894.
Oudard. — Le délire d'auto-accusation. *Thèse de Bordeaux*, 1900.
Paris (Alexandre). — Les troubles de l'intelligence, de la sensibilité ou de la volonté chez les femmes enceintes, nouvelles accouchées ou nourrices. Paris, 1911.
Paris (Alexandre). — *Revue médicale de l'Est*, février 1905.
Id. — De la mélancolie. Châlons-sur-Marne, 1887.
Pilez. — Contribution à l'étude du suicide. *Revue neurologique*, mai 1907.

Pinel. — Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Paris, 1808.

Pitres et Régis. — Les obsessions et les impulsions, 1902.

Proal (Louis). — Le crime et le suicide passionnels. Paris, 1900.

Régis. — *Précis de psychiâtrie*. Paris, 1914.

Ribot. — *Revue philosophique*, mai et juin 1906.

Ritti. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Article : Homicide.

Rogues de Fursac. — Manuel de psychiâtrie, 5e édition, 1917.

Roubinovitch et Toulouse. — La mélancolie, 1897.

Roy et Malappert. — Psychologie. Paris, 1917.

Roussy. — Les mélancoliques homicides. *Th. de Bordeaux*, 1908.

Séglas. — Leçons cliniques. Paris, 1895.

Id. — De la mélancolie sans délire. *Bulletin médical*, avril 1894.

Schüle — Traité des maladies mentales. Traduction Dagonet et Duhamel. Paris, 1888.

Shol. — Aliénée criminelle. *Revue neurologique*, 1900.

Sicard (S.). — La femme pendant la période menstruelle. Paris Alcar, 1890.

Soukhanoff. — Etude sur la mélancolie. *Annales médico-psychologiques*, septembre 1903.

Tardieu. — Etude médico-légale de la folie. Paris, 1872.

Tarnowsky. — Les femmes homicides. Paris, 1872.

Tourdes. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Homicide. Médecine légale.

Vallon. — *Traité de pathologie mentale et de médecine légale*. Paris, 1903.

Vallon. — Aliénés auto-accusateurs. *Annales d'hygiène et de médecine légale*, décembre 1897.

Vallon et Marie. — Le délire mélancolique. *Archives de neurologie*, mai et juin 1898.

Verga (André). — De la monomanie destructive en rapport avec la mélancolie. *Annales médico-psychologiques*, 1869.

Vigouroux. — *Tribune médicale*, mai 1905.

Wehrlin. — Homicide commis par les psychopathes. *Revue neurologique*, 1900.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 5

CHAPITRE I. — Psychologie du passage à l'acte dans la mélancolie 7

CHAPITRE II. — Observations suivies de remarques 17

CHAPITRE III. — Intérêt médico-légal de la recherche des conditions de passage à l'acte dans la mélancolie 57

CHAPITRE IV. — Prophylaxie du passage à l'acte au cours de la mélancolie. Traitement de la fatigue cérébrale. . . 61

CONCLUSIONS 65

BIBLIOGRAPHIE 67

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER, 4, QUAI CHOISEUL, NANCY.